

এই ফর্মটি যারা তাদের পছন্দের কোন খুচরা বিদ্যুৎ সরবরাহকারীর কাছ থেকে বিদ্যুৎ বিল পেয়ে থাকেন তাদের ব্যবহারের জন্য।

\$285



আপনি কিংবা আপনার সাথে বসবাসকারী কারও যদি এমন কোন শারীরিক সমস্যা ধরা পড়ে যে আপনি প্রচণ্ড গরম বা ঠাণ্ডা আবহাওয়ায় নিজে নিজে দেহের তাপমাত্রা নিয়ন্ত্রণ করতে পারেন না, সেক্ষেত্রে নিউ সাউথ ওয়েলস মেডিক্যাল এনার্জি রিবেট আপনাকে আপনার বিদ্যুৎ বিল পরিশোধে সহায়তা করবে। এই রিবেটের জন্য যোগ্য হতে হলে আপনার একটি শারীরিক পরীক্ষা করাতে হবে যাতে প্রমাণিত হবে যে আপনি আপনার দেহের তাপমাত্রা নিজে নিজে নিয়ন্ত্রণ করতে পারছেন না।

এই রিবেট সম্পর্কে যদি আপনার কোন প্রশ্ন থাকে তাহলে আপনার বিদ্যুৎ সরবরাহকারীর সাথে যোগাযোগ করুন।

## শুরু করার আগে

আবেদন পত্র পূরণের আগে আপনার কাছে নীচের জিনিসগুলো আছে কিনা তা দয়া করে নিশ্চিত করবেন:

আপনার কাস্টমার রেফারেন্স নম্বর (সার্ভিসেস অস্ট্রেলিয়া কর্তৃক ইস্যুকৃত CRN) অথবা আপনার ডিপার্টমেন্ট অফ ভেটেরান অ্যাফেয়ার্স এর (DVA) নম্বর

আপনার ব্যক্তিগত এবং যোগাযোগের বিস্তারিত

এই ফর্মের সাথে একটি স্বাক্ষরিত এবং পূরণকৃত মেডিক্যাল প্র্যাকটিশনার ডিক্লারেশন (PDF/JPEG ফরম্যাটে) আপলোড করতে হবে (মেডিক্যাল প্র্যাকটিশনার ডিক্লারেশন ৫ নম্বর পৃষ্ঠায় পাওয়া যাবে)

আপনার খুচরা বিদ্যুৎ সরবরাহকারীর বিস্তারিত

## চেকলিস্ট

### যোগ্যতার মানদণ্ড

এই ছাড়ের যোগ্য হওয়ার জন্য:

আপনাকে অবশ্যই নিউ সাউথ ওয়েলস এর বর্তমান বাসিন্দা হতে হবে

খুচরা বিদ্যুৎ সরবরাহকারীর একজন গ্রাহক হতে হবে, এবং গ্রাহকের প্রধান আবাসস্থলে বিদ্যুৎ সরবরাহের জন্য বিদ্যুতের অ্যাকাউন্টে আপনার নাম থাকতে হবে

একই আবাসস্থলে বসবাসরত বিলে উল্লেখিত নামের গ্রাহক বা অন্য কোন ব্যক্তি যে ৭ এর পাতায় চিকিত্সার ঘোষণায় প্রদত্ত যোগ্যতার শর্তাবলীর বর্ণনা অনুযায়ী দেহের তাপমাত্রাকে নিজে নিজে নিয়ন্ত্রণ করতে অক্ষমতা নিশ্চিত করার জন্য ডিপার্টমেন্ট কর্তৃক সরবরাহকৃত এবং একজন নিবন্ধিত মেডিক্যাল চিকিৎসক কর্তৃক স্বাক্ষরিত একটি বৈধ আবেদনপত্র জমা দিতে হবে। এবং

আপনার কাছে সার্ভিসেস অস্ট্রেলিয়া কর্তৃক ইস্যুকৃত পেনশনার কন্সশন কার্ড, সার্ভিসেস অস্ট্রেলিয়া হেলথ কেয়ার কার্ড, অথবা একটি DVA গোল্ড কার্ড আছে।

কমনওয়েলথ সিনিয়র হেলথ কার্ডধারীরা এই রিবেট এর জন্য যোগ্য নন। আপনার কাছে যদি CSHC থাকে, তাহলে আপনি অনলাইনে <https://www.service.nsw.gov.au/transaction/apply-seniors-energy-rebate> ওয়েবসাইটে সিনিয়র এনার্জি রিবেটের জন্য আবেদন করতে পারেন।

## গুরুত্বপূর্ণ তথ্য

যোগ্য প্রার্থীদের জন্য ছাড়টি দৈনিক হারে গণনা করা হয় এবং আপনার খুচরা বিদ্যুৎ সরবরাহকারী যে তারিখে আপনার আবেদন পত্র পাবে সেইদিন থেকে এটি প্রযোজ্য হবে। ছাড়টি আপনার বিদ্যুতের অ্যাকাউন্টে জমা হয়ে আপনার বিলে প্রদর্শিত হবে। আপনি প্রতি বছর ২৮৫ ডলার, অথবা প্রতি ৩ মাস অন্তর ৭১ ডলার করে পাবেন।

আপনি যতদিন ছাড় পাওয়ার যোগ্য থাকবেন ততদিন আপনার অ্যাকাউন্টে তা জমা হতে থাকবে। আপনি যদি বিদ্যুত সরবরাহকারী পরিবর্তন করেন তাহলে আপনাকে একটি নতুন আবেদনপত্র পূরণ করতে হবে, সেই সাথে আপনার ডাক্তারের কাছ থেকে স্বাক্ষরিত একটি নতুন চিকিৎসা ঘোষণা প্রদান করতে হবে।

মেডিক্যাল এনার্জি রিবেট সম্পর্কিত আপনার কোনও প্রশ্ন থাকলে প্রথমে তা আপনার খুচরা বিক্রেতার কাছে পাঠান।

**আপনি যদি এই আবেদনপত্রটি পাওয়ার অব এটর্নি বা আমমোক্তারনামার মাধ্যমে জমা দেন তাহলে আপনাকে অবশ্যই** পাওয়ার অব এটর্নির একটি সত্যায়িত কপি জমা দিতে হবে।

## অতিরিক্ত তথ্য

সার্ভিস নিউ সাউথ ওয়েলস এর ওয়েবসাইট [www.service.nsw.gov.au/services/concessions-rebates-and-assistance](http://www.service.nsw.gov.au/services/concessions-rebates-and-assistance) দেখুন অথবা

সার্ভিস নিউ সাউথ ওয়েলসকে কল করুন: 137 788

## গোপনীয়তা সংক্রান্ত নোটিশ

৪ প্যারামাটা স্কয়ার, ১২ ডারসি স্ট্রিট, প্যারামাটা নিউ সাউথ ওয়েলস ২১৫০ ঠিকানায় অবস্থিত ডিপার্টমেন্ট অব প্ল্যানিং, ইন্ডাস্ট্রি এন্ড এনভায়নমেন্ট (ডিপার্টমেন্ট) আপনার ব্যক্তিগত তথ্যের ব্যবহারের ক্ষেত্রে *প্রাইভেসি এবং পার্সোনাল ইনফরমেশন প্রটেকশন অ্যাক্ট ১৯৯৮ আইনটি* মেনে চলে।

বিদ্যুৎ বিলে ছাড়ের আবেদন পত্র যাচাইয়ের (সেই সাথে আপনার যোগ্যতা যাচাইয়ের) জন্য আপনার বিদ্যুৎ সরবরাহকারী এবং ডিপার্টমেন্ট আপনার ব্যক্তিগত তথ্য সংগ্রহ করছে, আপনি যদি যোগ্য হন সেক্ষেত্রে আপনাকে বিলে ছাড় দিচ্ছে, বিদ্যুৎ ছাড় প্রকল্পটি পরিচালনা করছে এবং এই ছাড় কার্যক্রমটি অডিট করছে যার মধ্যে গ্রাহক অভিজ্ঞতা জরিপ অন্তর্ভুক্ত থাকতে পারে। ফর্মটি পূরণ করার সময় আপনি অন্য কোন ব্যক্তির তথ্য প্রদান করতে পারেন। তবে আপনার বিদ্যুৎ সরবরাহকারী এবং ডিপার্টমেন্ট এর কাছে ব্যক্তিগত তথ্য প্রকাশ এবং গোপনীয়তা নোটিশ অনুসারে তা ব্যবহারের জন্য অন্য আপনাকে ঐ ব্যক্তির কাছ থেকে আগে অনুমতি নিতে হবে।

আপনি ছাড়ের যোগ্য হন কিনা তা নির্ধারণের জন্য আপনার বিদ্যুৎ সরবরাহকারী আপনার সিআরএন বা ডিভিএ নম্বর সার্ভিসেস অস্ট্রেলিয়ার কাছে প্রকাশ করবে। আপনার বিদ্যুৎ সরবরাহকারী এবং ডিপার্টমেন্ট আপনার ব্যক্তিগত তথ্য রিবেট এর অডিট কাজে নিয়োজিত তৃতীয় পক্ষের কোন প্রতিষ্ঠানের কাছে প্রকাশ করতে পারে। আপনার বিদ্যুৎ সরবরাহকারী এবং ডিপার্টমেন্ট আইনগতভাবে আবশ্যিক না হলে অন্য কারও কাছে আপনার ব্যক্তিগত তথ্য প্রকাশ করবে না।

এই রিবেট এর জন্য আবেদন করা ঐচ্ছিক। তবে আপনি যদি আবেদন করার জন্য সিদ্ধান্ত নেন, সেক্ষেত্রে আপনার আবেদন যাচাইয়ের জন্য সরাসরি আপনার কাছ থেকে যেসকল ব্যক্তিগত তথ্য চাওয়া হচ্ছে তা অবশ্যই আপনার বিদ্যুৎ সরবরাহকারীর কাছে প্রদান করতে হবে।

ডিপার্টমেন্ট আপনার যেসকল ব্যক্তিগত তথ্য সংরক্ষণ করে সেগুলোতে আপনার প্রবেশাধিকার আছে। এছাড়াও আপনি এই তথ্যগুলো পরিবর্তন বা হালনাগাদ করার জন্য ডিপার্টমেন্টকে অনুরোধ করার অধিকার রাখেন। অতিরিক্ত তথ্যের জন্য ইমেইল করুন এই ঠিকানায়: [rebates@energysaver.nsw.gov.au](mailto:rebates@energysaver.nsw.gov.au)

আবেদন পত্র: খুচরা গ্রাহকদের জন্য

## ফর্মটি পূরণ করা

- দয়া করে ইংরেজিতে বড় হাতের অক্ষরে পূরণ করুন।
- আবেদনকারীর নাম অবশ্যই আপনার বিদ্যুৎ বিল/ইনভয়েসে উল্লেখিত নামের সাথে মিল থাকতে হবে।
- এই আবেদন পত্রে উল্লেখিত ঠিকানা অবশ্যই আবেদনকারীর মূল বাসস্থানের ঠিকানা হতে হবে।

## আবেদনকারীর বিস্তারিত

সিআরএন (সার্ভিসেস অস্ট্রেলিয়া):

DVA নম্বর:

নামের প্রথম অংশ:

পারিবারিক নাম:

রাস্তার ঠিকানা:

সাবার্ব:

পোস্টকোড:

যোগাযোগের ফোন নম্বর:

ইমেইল ঠিকানা:

ডাক ঠিকানা (যদি উপরের ঠিকানা থেকে ভিন্ন হয়ে থাকে):

সাবার্ব:

পোস্টকোড:

## খুচরা বিদ্যুৎ বিক্রেতার বিস্তারিত তথ্য

খুচরা বিদ্যুৎ বিক্রেতার নাম:

বিদ্যুৎ অ্যাকাউন্টধারীর নাম:

বিদ্যুৎ অ্যাকাউন্ট নম্বর:

ন্যাশনাল মিটার আইডেনটিফায়ার (NMI) নম্বর:

আপনার NMI নম্বর বিদ্যুৎ বিলের মধ্যে পাবেন। এটি ৪ সংখ্যা দিয়ে শুরু হয় এবং ১১ ডিজিট লম্বা, যেখানে কোন বর্ণ কিংবা চিহ্ন নেই। আপনি যদি আপনার NMI নম্বরটি খুঁজে বের করতে না পারেন তাহলে এই আবেদনের সাথে আপনার বিলের একটি সম্পূর্ণ কপি পাঠিয়ে দিন এবং আমরা আপনার জন্য তথ্যটি যোগ করে নেব।

## আপনার পক্ষ হয়ে অন্য কোন ব্যক্তির আবেদনের জন্য সম্মতি (ঐচ্ছিক)

আপনি যদি চান যে অন্য কোন ব্যক্তি এই আবেদনের জন্য আপনার পক্ষ হয়ে কাজ করুক তবেই কেবল এই অংশটি পূরণ করুন।

আমি

কে অনুমতি দিচ্ছি, যাকে

নিম্নোক্ত কাজে

নম্বরে ফোন করা যাবে।

- আমার পক্ষ হয়ে এই আবেদন যাচাইয়ে সহযোগিতা করার জন্য বিদ্যুৎ সরবরাহকারীর সাথে কথা বলা
  - এই আবেদন যাচাইয়ে সহযোগিতা করার জন্য আবেদনে উল্লিখিত কোন তথ্য ব্যাখ্যা করা।
- আমি উল্লিখিত মনোনীত ব্যক্তির সাথে নিশ্চিত হয়েছি যে তিনি আমার পক্ষ হয়ে কাজ করবেন এবং তাকে জানিয়েছি যে এই ফরমে তার কাছ থেকে প্রাইভেসি নোটিশ অনুসারে তথ্য সংগ্রহ ও সেই তথ্য ব্যবহার করা হবে।
- আমি বুঝতে পারছি এই সম্মতি কেবল এই আবেদনের সাথে সম্পর্কিত কাজের জন্য দেয়া হচ্ছে এবং এটি আমার বিদ্যুৎ সরবরাহকারীর পক্ষ হয়ে অথবা তাদের সাথে আমার বিদ্যুতের অ্যাকাউন্ট সম্পর্কিত কোন কাজে ব্যবহারের জন্য প্রদান করা হচ্ছে না।
- আমি বুঝতে পারছি আমি আমার বিদ্যুৎ সরবরাহকারীর সাথে যোগাযোগ করে যেকোনো সময়ে এই সম্মতি প্রত্যাহার করে নিতে পারি।

## আবেদনকারীর ঘোষণা এবং অনুমোদনের বিবৃতি

আমি (নাম লিখুন),

ঠিকানা (আপনার মূল বাসস্থানের

ঠিকানা লিখুন)

:

- এই আবেদনপত্রের চেকলিস্ট ও প্রাইভেসি নোটিশ সহ সকল তথ্য পড়ে বুঝতে পেরেছি।
- ঘোষণা করছি যে এই আবেদন পত্রে প্রদত্ত সকল তথ্য আমার সর্বোচ্চ জ্ঞানমতে সত্য ও নির্ভুল।
- বুঝতে পারছি এই ফর্মে প্রদত্ত আমার কোন তথ্য পরিবর্তিত হলে তা আমার বিদ্যুৎ সরবরাহকারীকে জানানো আমার দায়িত্ব
- প্রয়োজন হলে আমার যোগ্যতা সম্পর্কিত অতিরিক্ত তথ্য সরবরাহ করার জন্য সম্মতি দিচ্ছি
- বুঝতে পারছি যে একবার স্বাক্ষর করার পর এই আবেদনটি বৈধ থাকবে যদি না আমি আমার বিদ্যুৎ সরবরাহকারীর সাথে যোগাযোগ করে আবেদনটি প্রত্যাহার করে নিই।
- আমি ছাড়া পাওয়ার যোগ্য কিনা তা নির্ধারণের সুবিধার্থে সার্ভিসেস অস্ট্রেলিয়া গ্রাহক তথ্য এবং কনসেশন কার্ডের অবস্থার ব্যাপারে খোঁজ নেয়ার জন্য আমার বিদ্যুৎ সরবরাহকারী সার্ভিসেস অস্ট্রেলিয়ার ইসার্ভিসেস ব্যবহার করবে।

**পাওয়ার অব এটর্নি বা আমমোক্তারনামা (যখন আবেদন আমমোক্তারনামার অধীনে স্বাক্ষর করা হবে)**

এই আবেদনের সাথে আমি আমমোক্তারনামার একটি সত্যায়িত কপি যুক্ত করেছি।

আবেদনকারীর স্বাক্ষর:

তারিখ:

# মেডিক্যাল এনার্জি রিবেট

আবেদন পত্র: খুচরা গ্রাহকদের জন্য



## মেডিক্যাল ঘোষণা

### রোগীর বিবরণ

রোগীর নাম:

রোগীর ঠিকানা:

রোগীর দিবাকালিন ফোন নম্বর:

এই রিবেট প্রদান এবং পরিচালনার ক্ষেত্রে তাদের দায়িত্বের অংশ হিসেবে যদি প্রয়োজন হয় তাহলে এই আবেদনের সাথে সংশ্লিষ্ট আমার স্বাস্থ্য সংক্রান্ত তথ্য আবেদনকারীর বিদ্যুৎ সরবরাহকারী এবং ডিপার্টমেন্টের কাছে প্রকাশের জন্য আমি সম্মতি প্রদান করছি। আমি গোপনীয়তা নোটিশটি পড়েছি এবং বুঝতে পেরেছি।

রোগীর স্বাক্ষর:

তারিখ:

### চিকিৎসকের বিস্তারিত তথ্য

এই সেকশনটি অবশ্যই রোগীর চিকিৎসক পূরণ করবেন।

চিকিৎসকের নাম:

প্রভাইডার নম্বর:

যে স্থানে রোগীকে পরীক্ষা করেছিলেন (হাসপাতাল/ক্লিনিক/ডাক্তারখানা):

যে স্থানে রোগীকে পরীক্ষা করেছিলেন (হাসপাতাল/ক্লিনিক/ডাক্তারখানা) তার ফোন নম্বর:

আবেদন পত্র: খুচরা গ্রাহকদের জন্য

## শারীরিক পরীক্ষা

এই রিবেট বা ছাড়ের মানদণ্ডগুলো পূরণ করতে হলে রোগীকে অবশ্যই একজন নিবন্ধিত চিকিৎসক কর্তৃক পরীক্ষা করতে হবে যিনি ঐ রোগীকে অন্তত ৩ মাস ধরে চিকিৎসা করছিলেন, যেখানে রোগী:

- নিজ দেহের তাপমাত্রা নিয়ন্ত্রণে রাখতে অক্ষম
- টেবিলে তালিকাভুক্ত চারটি প্রাথমিক বাছাই শর্তের একটি এবং তিনটি দ্বিতীয় পর্যায়ের বাছাই শর্তের একটি পূরণ করছেন।

## চিকিৎসকের ঘোষণা

আমি এই মর্মে ঘোষণা করছি যে এই রোগী নিজ দেহের তাপমাত্রা নিয়ন্ত্রণে রাখতে অক্ষম। আমি গত ৩ মাস যাবত এই রোগীর চিকিৎসা করছি/এই রোগী গত ৩ মাস যাবত নিউ সাউথ ওয়েলসের গ্রামীণ এলাকায় রয়্যাল ক্লায়িং ডক্টর সার্ভিসের কাছ থেকে চিকিৎসা নিচ্ছিলেন এবং তিনি অন্তত একটি প্রাথমিক এবং একটি দ্বিতীয় পর্যায়ের বাছাই শর্ত পূরণ করছেন যা এই টেবিলে উল্লেখ করা হল:

| প্রাথমিক বাছাই শর্তাবলী (অন্তত একটি নির্বাচন করুন)  | চেক বক্স |
|---|----------|
| অটোনোমিক সিস্টেম ডিসফাংশন (যেসকল শারীরিক সমস্যায় দেহের স্বয়ংক্রিয় পদ্ধতি ক্ষতিগ্রস্ত হয় যেমন মেরুদণ্ডের গুরুতর আঘাত, স্ট্রোক, মস্তিষ্কের আঘাত এবং স্নায়ুজনিত ব্যাধি)   |          |
| হৃকের স্বাভাবিকতা কিংবা ঘামানোর ক্ষমতা নষ্ট হয়ে যাওয়া (যেমন দেহের ২০% এর বেশী গুরুতরভাবে পুড়ে যাওয়া, হৃকের গুরুতর প্রদাহ এবং বিক্ষিপ্ত ঘামের কিছু বিরল ধরণ)।  |          |
| পরিবেশের চরমভাবাপন্ন তাপমাত্রায় শরীরবৃত্তীয় ক্রিয়াকলাপ লক্ষ্যনীয়ভাবে হ্রাস পাওয়া (যেমন অ্যাডভান্সড মাল্টিপল স্ক্লে‌রোসিস)  |          |
| পরিবেশের চরমভাবাপন্ন তাপমাত্রার প্রতি অতি সংবেদনশীলতা যার কারণে প্রচণ্ড ব্যথা কিংবা অন্যান্য অসুবিধা অথবা জটিলতা ঝুঁকি বেড়ে যায় (যেমন দেহের নির্দিষ্ট জায়গায় জটিল ব্যথার উপসর্গ এবং গুরুতর পেরিফেরাল ভাস্কিউলার ব্যাধি)।      |          |
| দ্বিতীয় পর্যায়ের বাছাই শর্তাবলী (অন্তত একটি নির্বাচন করুন)  | চেক বক্স |
| তীব্র অচলাবস্থা, যেমনটি পক্ষাগ্রস্ত বা উচ্চ পর্যায়ের পক্ষাঘাত হলে ঘটে, বিশেষ করে মধ্যে বক্ষ স্তরের উপরে (টি৭) যার ফলে সংবেদনশীল স্নায়ুতন্ত্রের নিয়ন্ত্রণ হ্রাসের কারণে দেহের তাপমাত্রার স্বয়ংক্রিয় নিয়ন্ত্রণ বাধাগ্রস্ত হয় |          |
| স্বয়ংক্রিয়ভাবে ঘাম নিয়ন্ত্রণের সক্ষমতা, হৃদস্পন্দনের হার কিংবা রক্তচাপ উল্লেখযোগ্য মাত্রায় লক্ষ্যনীয় ভাবে হ্রাস পাওয়া   |          |
| পরিবেশের চরমভাবাপন্ন তাপমাত্রায় শরীরবৃত্তীয় ক্রিয়াকলাপ লক্ষ্যনীয়ভাবে হ্রাস পাওয়া কিংবা শারীরিক অবস্থা গুরুতরভাবে খারাপের দিকে চলে যাওয়া   |          |

## গোপনীয়তা সংক্রান্ত বিবৃতি

আমি ঘোষণা করছি যে এই ফর্ম প্রদত্ত সকল তথ্য আমার সর্বোচ্চ জ্ঞানমতে সত্য ও নির্ভুল।

এই ফর্ম প্রদত্ত আমার ব্যক্তিগত ও স্বাস্থ্য তথ্যের যথার্থতা নিশ্চিত আমার সাথে যোগাযোগের জন্য আমি আবেদনকারীর বিদ্যুৎ সরবরাহকারী ও ডিপার্টমেন্টকে সম্মতি প্রদান করছি।

চিকিৎসকের স্বাক্ষর:

তারিখ:

## এই ফর্ম জমা দেয়া

পূরণকৃত ফর্মটি আপনার খুচরা বিদ্যুৎ সরবরাহকারীর কাছে পাঠিয়ে দিন।