

এই ফর্মটি যোগ্য অন সাপ্লাইড আবাসিক কমিউনিটি, রিটায়ারমেন্ট ভিলেজ এবং স্ট্রাটা স্কিমে বসবাসকারী ব্যক্তিদের ব্যবহারের জন্য।

\$313.50



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।

অন সাপ্লাইড শব্দটি ব্যবহার করা হয় যখন কোন পরিবার তাদের নিজের পছন্দের বিদ্যুৎ সরবরাহকারীর কাছ থেকে বিদ্যুৎ বিল পাওয়ার পরিবর্তে আবাসিক কমিউনিটি, রিটায়ারমেন্ট ভিলেজ কিংবা স্ট্রাটা স্কিমের ম্যানেজার বা মালিকের কাছ থেকে বিদ্যুৎ বিল বা ইনভয়েস পেয়ে থাকেন। আপনি যদি আপনার বিদ্যুৎ সরবরাহকারীর কাছ থেকে বিদ্যুৎ বিল পেয়ে থাকেন তাহলে দয়া করে আপনার রিবেটের জন্য আবেদন করতে তাদেরকে অনুরোধ করুন।

যোগ্য হলে আপনি নিউ সাউথ ওয়েলস ডিপার্টমেন্ট অব প্ল্যানিং, ইন্ডাস্ট্রি এন্ড এনভায়রনমেন্ট (ডিপার্টমেন্ট) এর কাছ থেকে রিবেটের অর্থ আপনার ব্যাংক অ্যাকাউন্টে পেয়ে যাবেন।

আপনি এই ওয়েবসাইটে অনলাইনে আবেদন করতে পারেন: www.service.nsw.gov.au/transaction/apply-medical-energy-rebate-supply-customers

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)

স্বয়ংক্রিয়ভাবে টাকা পাঠানোর জন্য আপনার ব্যাংক অ্যাকাউন্ট

আপনার নতুন বিদ্যুৎ বিলের একটি কপি (পিডিএফ ফরম্যাট অথবা বিল/ইনভয়েস বা রশিদের একটি স্পষ্ট ছবি হলেও চলবে)। (বিলের আবশ্যিকতা সম্পর্কিত আরও তথ্যের জন্য ২ এর পাতার 'গুরুত্বপূর্ণ তথ্য' সেকশনটি দেখুন)।

চেকলিস্ট

যোগ্যতার মানদণ্ড

এই ছাড়ের যোগ্য হওয়ার জন্য:

আপনাকে অবশ্যই নিউ সাউথ ওয়েলস এর বর্তমান বাসিন্দা হতে হবে

আপনাকে অবশ্যই যোগ্য অন-সাপ্লাইড আবাসিক কমিউনিটি (নিউ সাউথ ওয়েলস ফেয়ার ট্রেডিং এ নিবন্ধিত), বা রিটায়ারমেন্ট ভিলেজ (নিউ সাউথ ওয়েলস ফেয়ার ট্রেডিং এ নিবন্ধিত) অথবা স্ট্রাটা স্কিমের (নিউ সাউথ ওয়েলস ল্যান্ড রেজিস্ট্রি সার্ভিসেস নিবন্ধিত) একজন বাসিন্দা হতে হবে।

গ্রাহকের প্রধান আবাসস্থলে বিদ্যুৎ সরবরাহের জন্য বিদ্যুতের অ্যাকাউন্টে আপনার নাম থাকতে হবে

একই আবাসস্থলে বসবাসরত বিলে উল্লেখিত নামের গ্রাহক বা অন্য কোন ব্যক্তি যে ৬ এর পাতায় চিকিত্সার ঘোষণায় প্রদত্ত যোগ্যতার শর্তাবলীর বর্ণনা অনুযায়ী দেহের তাপমাত্রাকে নিজে নিজে নিয়ন্ত্রণ করতে অক্ষম তা 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 কন্সেশন 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।

আবেদন পত্র: অন সাপ্লাই পরিবার

গুরুত্বপূর্ণ তথ্য

এই রিবেট বা ছাড় যোগ্য আবেদনকারীদের প্রতি পরিবারকে প্রত্যেক অর্থবছরে একবার প্রদান করা হয়।

ডিপার্টমেন্ট আবেদনগুলো যে তারিখে পাবে সেই অনুযায়ী যাচাই করবে।

রিবেট এর আবেদন করার জন্য প্রতি অর্থবছরে একটি নতুন আবেদন এবং ইনভয়েস অবশ্যই জমা দিতে হবে।

আবেদনপত্র প্রতি অর্থবছরের ১ জুলাই থেকে ৩০ জুন পর্যন্ত নেয়া হয়। **চলতি অর্থবছরের জন্য আপনার আবেদন পত্র যাচাই করতে চাইলে আপনাকে অবশ্যই তা ৩০ জুনের মধ্যে পাঠাতে হবে।**

আপনাকে আপনার যোগ্য আবাসিক কমিউনিটি, রিটার্নমেন্ট ভিলেজ অথবা স্ট্রাটা স্কিম কর্তৃক বা তাদের পক্ষ থেকে ইস্যুকৃত বিদ্যুৎ বিলের একটি কপি অবশ্যই আবেদনপত্রের সাথে যুক্ত করতে হবে। বিলে অবশ্যই কমিউনিটি কিংবা অন সাপ্লায়ার এর বিস্তারিত, আপনার নাম ও ঠিকানা এবং সাইট/ইউনিট নম্বর থাকতে হবে। মিটার এর রিডিং অথবা বিদ্যুতের পরিমাণ অবশ্যই ২০২১ সালের ১ জুলাই এর পর হতে হবে এবং ৩ মাসের বেশী পুরানো হলে চলবে না। আপনার ইনভয়েস বা রশিদটি অবশ্যই ছাপানো হতে হবে, হাতে লেখা হলে চলবে না।

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 দেখুন অথবা

02 8073 9255 নম্বরে নিউ সাউথ ওয়েলস এনার্জি রিবেটকে ফোন করুন।

গোপনীয়তা সংক্রান্ত নোটিশ

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

ডিপার্টমেন্ট আপনার কাছ থেকে ব্যক্তিগত এবং স্বাস্থ্য সংক্রান্ত তথ্য নিচ্ছে আপনার এনার্জি রিবেটের আবেদন (সেই সাথে আপনার উপযুক্ততা) যাচাই, আপনি যদি যোগ্য হন তাহলে আপনাকে রিবেটের অর্থ প্রদান, এনার্জি রিবেট স্কিম পরিচালনা এবং রিবেট কার্যক্রমটি অডিট করার জন্য যার মধ্যে গ্রাহক অভিজ্ঞতা জরিপও অন্তর্ভুক্ত থাকতে পারে।

এই ফর্মটি পূরণের সময় আপনি অন্য কোন ব্যক্তির ব্যক্তিগত এবং স্বাস্থ্য সংক্রান্ত তথ্য দিতে পারেন। অন্য কোন ব্যক্তির তথ্য প্রদানের পূর্বে ডিপার্টমেন্ট এর কাছে তার তথ্য প্রকাশ ও গোপনীয়তা নোটিশ অনুসারে ডিপার্টমেন্ট যাতে ঐ তথ্য ব্যবহার করতে পারে সেজন্য ঐ ব্যক্তির কাছ থেকে অনুমতি নিতে হবে।

ডিপার্টমেন্ট এই ফর্মটিতে সংগৃহীত ব্যক্তিগত এবং স্বাস্থ্য সম্পর্কিত তথ্যের যথার্থতা নিশ্চিত করতে আবেদনে তালিকাভুক্ত চিকিত্সকের কাছে উক্ত তথ্য প্রকাশ করবে। ডিপার্টমেন্ট রিবেটের অডিট করার উদ্দেশ্যে আপনার ব্যক্তিগত এবং স্বাস্থ্য সম্পর্কিত তথ্য তৃতীয় পক্ষের কোন প্রতিষ্ঠানের কাছে প্রকাশ করতে পারে। ডিপার্টমেন্ট এই ফর্মে সংগৃহীত ব্যক্তিগত ও স্বাস্থ্য সম্পর্কিত তথ্য অন্য কারও কাছে প্রকাশ করবে না যদি না তা আইনগতভাবে আবশ্যিক হয়।

এই রিবেটের জন্য আবেদন করা ঐচ্ছিক। তবে আপনি যদি আবেদন করার সিদ্ধান্ত নেন, অন্যথায় উল্লেখ না করা না হলে, আপনার কাছ থেকে সরাসরি অনুরোধ করা সমস্ত ব্যক্তিগত এবং স্বাস্থ্য সম্পর্কিত তথ্য অবশ্যই আপনার আবেদনের প্রক্রিয়া করার জন্য ডিপার্টমেন্টকে সরবরাহ করতে হবে।

যে ব্যক্তি এই ফর্মে ব্যক্তিগত কিংবা স্বাস্থ্য সম্পর্কিত তথ্য দিচ্ছেন তিনি ডিপার্টমেন্ট এর কাছ থেকে এই তথ্যে প্রবেশ এবং এই তথ্যগুলো পরিবর্তন বা হালনাগাদ করার জন্য ডিপার্টমেন্টকে অনুরোধ করার অধিকার রাখেন। অতিরিক্ত তথ্যের জন্য ইমেইল করুন এই ঠিকানায়: rebates@energysaver.nsw.gov.au

আবেদন পত্র: অন সাপ্লাই পরিবার

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।
- যে ব্যাংক অ্যাকাউন্টে টাকা পাঠানো হবে সেটি অবশ্যই আবেদনকারীর হতে হবে।

আবেদনকারীর বিস্তারিত

সিআরএন (সার্ভিসেস অস্ট্রেলিয়া):

DVA নম্বর:

নামের প্রথম অংশ:

পারিবারিক নাম:

কমিউনিটি/ভিলেজ এর নাম অথবা স্ট্রাটা প্ল্যান নম্বর:

সাইট/ইউনিট নম্বর:

রাস্তার ঠিকানা:

সাবার্ব:

পোস্টকোড:

যোগাযোগের ফোন নম্বর:

ইমেইল ঠিকানা:

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

সাবার্ব:

পোস্টকোড:

আবেদনকারীর ব্যাংকের বিস্তারিত তথ্য

ব্যাংকের নাম:

অ্যাকাউন্ট নাম (যেমন মি: এস স্মিথ):

বিএসবি নম্বর:

অ্যাকাউন্ট নম্বর:

আপনি যদি ছাড়ের জন্য যোগ্য হন, সেক্ষেত্রে ডিপার্টমেন্ট আপনার মনোনীত অ্যাকাউন্টে রিবেটের অর্থ পরিশোধ করবে।

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 ডিপার্টমেন্টের 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 যে আমি যেকোনো সময়ে এনার্জি রিবেটস টিমের সাথে 02 8073 9255 নম্বরে যোগাযোগ করে কিংবা rebates@energysaver.nsw.gov.au ঠিকানায় ইমেইল করে 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 ডিপার্টমেন্টকে জানানো আমার দায়িত্ব
- প্রয়োজন হলে আমার যোগ্যতা সম্পর্কিত অতিরিক্ত তথ্য সরবরাহ করার জন্য সম্মতি দিচ্ছি
- বুঝতে পারছি যে একবার স্বাক্ষর করার পর এই আবেদনটি সংশ্লিষ্ট অর্থ বছরের জন্য বলবত থাকবে যদি না আমি ডিপার্টমেন্ট এর সাথে যোগাযোগ করে আবেদনটি প্রত্যাহার করে নিই।
- এই আবেদনপত্রের সাথে আমি আমার সাম্প্রতিকতম বিদ্যুৎ বিল/ইনভয়েসের একটি কপি যুক্ত করেছি
- আমি ছাড় পাওয়ার যোগ্য কিনা তা নির্ধারণের সুবিধার্থে সার্ভিসেস অস্ট্রেলিয়া গ্রাহক তথ্য এবং কনসেশন কার্ডের অবস্থার ব্যাপারে খোঁজ নেয়ার জন্য ডিপার্টমেন্ট সার্ভিসেস অস্ট্রেলিয়ার ই-সার্ভিসেস ব্যবহার করবে।

যোগাযোগের জন্য সম্মতি (ঐচ্ছিক)

ছাড়ের জন্য আবেদনের ক্ষেত্রে আমার অভিজ্ঞতা সম্পর্কে আমার সাথে যোগাযোগ করতে আমি ডিপার্টমেন্টকে সম্মতি দিচ্ছি।

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

এই আবেদনের সাথে আমি আমমোক্তারনামার একটি সত্যায়িত কপি যুক্ত করেছি।

আবেদনকারীর স্বাক্ষরঃ

তারিখঃ

মেডিক্যাল এনার্জি রিবেট

আবেদন পত্র: অন সাপ্লাই পরিবার



মেডিক্যাল ঘোষণা

রোগীর বিবরণ

রোগীর নাম:

রোগীর ঠিকানা:

রোগীর দিবাকালিন ফোন নম্বর:

এই রিবেটের প্রশাসনিক কার্যকলাপের অংশ হিসাবে প্রয়োজনে ডিপার্টমেন্ট এর কাছে এই আবেদনের সাথে সম্পর্কিত আমার মেডিকেল রেকর্ডগুলি প্রকাশের জন্য আমি সম্মতি জানাই। আমি গোপনীয়তা সংক্রান্ত বিজ্ঞপ্তিটি 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: অন সাপ্লাই পরিবার

শারীরিক পরীক্ষা

এই রিবেট বা ছাড়ের মানদণ্ডগুলো পূরণ করতে হলে রোগীকে অবশ্যই একজন নিবন্ধিত চিকিৎসক কর্তৃক পরীক্ষা করাতে 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 ফর্মে 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 ফ্লাইং 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 স্ক্লে রোসিস)	
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 নিয়ন্ত্রন হ্রাসের কারণে দেহের তাপমাত্রার স্বয়ংক্রিয় নিয়ন্ত্রন 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 ফর্মে প্রদত্ত সকল তথ্য আমার সর্বোচ্চ জ্ঞানমতে সত্য ও নির্ভুল।

এই ফর্মে প্রদত্ত ব্যক্তিগত ও স্বাস্থ্য তথ্যের সত্যতা যাচাইয়ের জন্য ডিপার্টমেন্টকে আমার সাথে যোগাযোগের জন্য সম্মতি প্রদান করছি।

চিকিৎসকের স্বাক্ষর:

তারিখ:

এই ফর্ম জমা দেয়া

পূরণকৃত ফর্মটি rebates@energysaver.nsw.gov.au ঠিকানায় ইমেইল করুন অথবা

পূরণকৃত ফর্মটি এই ঠিকানায় পাঠিয়ে দিন: NSW Medical Energy Rebate, PO Box 435, Parramatta NSW 2124. আপনি যদি ফর্মটি ডাকযোগে পাঠান, তাহলে কাগজপত্রগুলোতে স্ট্যাম্প কিংবা আঠায়ুক্ত টেইপ ব্যবহার করবেন না।