

आवेदन फॉर्म: ऑन-सप्लाई घर

यह फॉर्म ऑन-सप्लाई करने की पात्र रेजीडेंशल कम्यूनिटीज़, रिटायरमेंट विलेजों और स्ट्रैटा स्कीमों के घरों के निवासियों द्वारा प्रयोग द्वारा प्रयोग किए जाने के लिए है।

\$313.50



एनएसडब्ल्यू मेडिकल एनर्जी रिबेट आपके बिजली के बिलों का भुगतान करने में आपकी उस स्थिति में मदद करता है, जब यह पाया जाता है कि आप या आपके साथ रहने वाला कोई व्यक्ति घर पर वातावरण के अत्यधिक गर्म या ठंडे तापमान के संपर्क में आने पर शरीर के तापमान को स्वयं नियमित करने में असमर्थ है। रिबेट का पात्र होने के लिए, आपको चिकित्सक द्वारा यह पहचाने जाने की आवश्यकता होगी कि आप अपने शरीर के तापमान को स्वयं नियमित करने में असमर्थ हैं।

ऑन-सप्लाई शब्द का प्रयोग तब किया जाता है जब किसी घर को अपनी पसंद के बिजली के खुदरा विक्रेता के द्वारा जारी किए गए बिल की बजाय अपने रेजीडेंशल कम्यूनिटी, रिटायरमेंट विलेज या स्ट्रैटा स्कीम के मालिक/प्रबंधक के द्वारा या उनकी ओर से जारी किया गया बिजली का बिल प्राप्त होता है। यदि आप बिजली का बिल अपने खुदरा विक्रेता से प्राप्त करते हैं, तो कृपया अपने रिबेट के लिए आवेदन करने के लिए उनसे संपर्क करें।

यदि आप पात्र हैं, तो एनएसडब्ल्यू डिपार्टमेंट ऑफ प्लानिंग, इंडस्ट्री एंड एनवायरन्मेंट (डिपार्टमेंट) रिबेट की राशि आपके नामित बैंक-खाते में जमा करेगा।

आप www.service.nsw.gov.au/transaction/apply-medical-energy-rebate-supply-customers पर ऑनलाइन आवेदन कर सकते/सकती हैं

शुरू करने से पहले

इस आवेदन को भरने से पहले कृपया सुनिश्चित करें कि आपके पास निम्नलिखित चीज़ें हैं:

आपका ग्राहक रेफरेंस नम्बर (सीआरएन- सर्विसेज़ ऑस्ट्रेलिया द्वारा जारी किया गया) या आपका डिपार्टमेंट ऑफ़ वेटरन्स' अफ़ेयर्स (DVA) का नम्बर

आपका व्यक्तिगत विवरण और संपर्क विवरण

इस फॉर्म के साथ अपलोड करने के लिए एक स्वास्थ्य-व्यवसायी द्वारा भरा गया व हस्ताक्षर किया गया घोषणा पत्र (PDF/JPEG format) (स्वास्थ्य व्यवसायी का घोषणा-पत्र नीचे पृष्ठ 5 पर है)

इलेक्ट्रॉनिक फंड ट्रांसफर के लिए आपके बैंक-खाते का विवरण

आपके बिजली के नवीनतम बिल की एक प्रति (PDF के रूप में या बिल की स्पष्ट फोटो स्वीकार की जाती हैं)। (बिल संबंधी ज़रूरतों के बारे में अधिक विवरण के लिए पृष्ठ 2 पर दिए गए 'महत्वपूर्ण जानकारी' वाले अनुभाग को देखें)।

जाँचसूची

पात्रता के मापदंड

इस रिबेट का पात्र होने के लिए आपको निम्नलिखित शर्तें पूरी करनी होंगी:

वर्तमान में आप एनएसडब्ल्यू में रह रहे हैं

आप एक ऑन-सप्लाई करने की पात्र रेजीडेंशल कम्यूनिटी (जो एनएसडब्ल्यू फ़ेयर ट्रेडिंग के साथ पंजीकृत हो) या रिटायरमेंट विलेज (जो एनएसडब्ल्यू फ़ेयर ट्रेडिंग के साथ पंजीकृत हो) या स्ट्रैटा स्कीम (जो एनएसडब्ल्यू लैंड रजिस्ट्री सर्विसेज़ के साथ पंजीकृत हो) के निवासी हैं

आवेदक के मुख्य निवास स्थान पर बिजली की आपूर्ति के लिए बिजली का खाता आप के नाम होना चाहिए

डिपार्टमेंट द्वारा प्रदान किया गया एक वैध आवेदन फॉर्म जमा करें, जिस पर किसी पंजीकृत चिकित्सक (जो आवेदक नहीं हैं) ने हस्ताक्षर किए हैं; यह सत्यापित करने के लिए कि जिस ग्राहक का नाम बिल पर लिखा है वह या उसी पते पर रहने वाला कोई अन्य व्यक्ति अपने शरीर के तापमान को स्वयं नियमित करने में असमर्थ है जैसा कि पृष्ठ 6 पर योग्यता की शर्तों में स्पष्ट किया गया है, और

आपके पास (सर्विसेज़ ऑस्ट्रेलिया//DVA द्वारा दिया गया पेंशनर कन्सेशन कार्ड, सर्विसेज़ ऑस्ट्रेलिया हेल्थ केयर कार्ड है, या DVA गोल्ड कार्ड है।

कॉमनवेल्थ सीनियर्स हेल्थ कार्ड (CSHC) धारक इस रिबेट को प्राप्त करने के पात्र नहीं हैं। यदि आपके पास सीएसएचसी (CSHC) है तो आप इसकी बजाय सीनियर्स एनर्जी रिबेट के लिए <https://www.service.nsw.gov.au/transaction/apply-seniors-energy-rebate> पर ऑनलाइन आवेदन कर सकते हैं।

आवेदन फॉर्म: ऑन-सप्लाई घर

महत्वपूर्ण जानकारी

इस रिबेट का भुगतान एक घर में, एक ही पात्र आवेदक को, एक वित्तीय वर्ष में केवल एक ही बार किया जाता है।

डिपार्टमेंट द्वारा आवेदन प्राप्त होने की तिथि के अनुसार आवेदनों को संसाधित किया जाएगा।

रिबेट का दावा करने के लिए प्रत्येक वित्तीय वर्ष में एक नया आवेदन और बिल जमा करना होगा।

प्रत्येक वित्तीय वर्ष में आवेदन की अवधि 1 जुलाई से 30 जून तक होती है। **किसी वित्तीय वर्ष के लिए पात्रता निर्धारित करने के लिए आपका आवेदन उस वर्ष की 30 जून तक प्राप्त होना चाहिए।**

आपको अपने आवेदन के साथ बिजली के बिल की प्रति शामिल करनी चाहिए, जिसे आपके ऑन-सप्लाई करने के पात्र रेजीडेंशल कम्प्यूनिटी, रिटायरमेंट विलेज या स्ट्रेटा स्कीम के मालिक/प्रबंधक द्वारा या उसकी ओर से जारी किया गया है। बिल में कम्प्यूनिटी या ऑन-सप्लाई करने वाले का संपर्क विवरण, आपका नाम और पता और साइट/यूनिट का नंबर लिखा होना चाहिए। मीटर की रीडिंग या कितनी बिजली प्रयोग की गई है, यह जानकारी वर्तमान वित्तीय वर्ष में 1 जुलाई 2021 के बाद की दिनांक की होनी चाहिए और यह दिनांक 3 महीने से कम पुरानी होनी चाहिए। आपका बिल प्रिंट किया हुआ होना चाहिए, हाथ से लिखा हुआ नहीं।

यदि आप इस आवेदन को पॉवर ऑफ़ एटोर्नी के अंतर्गत जमा कर रहे हैं तो आपको इस आवेदन के साथ पॉवर ऑफ़ एटोर्नी की एक प्रमाणित प्रति संलग्न करनी होगी।

अधिक जानकारी

सर्विस एनएसडब्ल्यू की वेबसाइट www.service.nsw.gov.au/services/concessions-rebates-and-assistance पर जाएं या

एनर्जी एनएसडब्ल्यू की एनर्जी रिबेट्स टीम को 02 8073 9255 पर फ़ोन करें

गोपनीयता का नोटिस

डिपार्टमेंट ऑफ़ प्लानिंग, इंडस्ट्री एंड एनवायरनमेंट (डिपार्टमेंट) 4 Parramatta Square, 12 Darcy Street, Parramatta NSW 2150 में स्थित है और हम इस फॉर्म में एकत्रित की गई आपकी व्यक्तिगत जानकारी और स्वास्थ्य संबंधी जानकारी का प्रबंधन *प्राइवैसी एंड पर्सनल इंफोर्मेशन प्रोटेक्शन एक्ट 1998* के अंतर्गत करते हैं।

डिपार्टमेंट आपकी व्यक्तिगत और स्वास्थ्य संबंधी जानकारी एकत्र कर रहा है ताकि वह एनर्जी में रिबेट के लिए आपके आवेदन को संसाधित कर सके, (इसमें आपकी पात्रता का निर्धारण करना शामिल है), यदि आप पात्र हैं तो आपको रिबेट का भुगतान कर सके, एनर्जी पर रिबेट की योजना को लागू कर सके और रिबेट कार्यक्रम को ऑडिट कर सके, जिसमें ग्राहक के अनुभवों की जानकारी का सर्वेक्षण करना शामिल हो सकता है।

इस फॉर्म को भरते हुए आप किसी अन्य व्यक्ति की व्यक्तिगत और/या स्वास्थ्य संबंधी जानकारी प्रदान कर सकते हैं। इससे पहले कि आप डिपार्टमेंट को यह जानकारी प्रदान करें, आपको उस व्यक्ति की जानकारी डिपार्टमेंट को देने और इस गोपनीयता के नोटिस के अनुसार डिपार्टमेंट द्वारा इसका प्रयोग किए जाने के लिए उस व्यक्ति की सहमति लेनी होगी।

डिपार्टमेंट इस फॉर्म में भरी गई व्यक्तिगत और स्वास्थ्य संबंधी जानकारी के सही होने की पुष्टि करने के लिए उसे उस चिकित्सा-व्यवसायी को देगा, जिसका नाम फॉर्म में दिया गया है। डिपार्टमेंट आपकी व्यक्तिगत और स्वास्थ्य संबंधी जानकारी रिबेट का ऑडिट करने में लगे किसी तीसरे पक्ष को भी दे सकता है। डिपार्टमेंट इस फॉर्म में भरी गई व्यक्तिगत और स्वास्थ्य संबंधी जानकारी किसी और को तब तक नहीं देगा जब तक कि ऐसा करने के लिए उसे कानून द्वारा अधिकृत न किया गया हो।

इस रिबेट के लिए आवेदन करना स्वैच्छिक है। लेकिन, यदि आप आवेदन करते हैं तो, जब तक कि कोई अन्य टिप्पणी न लिखी हो, आपके आवेदन को संसाधित करने के लिए डिपार्टमेंट द्वारा आपसे माँगी गई सारी व्यक्तिगत और स्वास्थ्य संबंधी जानकारी आपको डिपार्टमेंट को देनी होगी।

कोई व्यक्ति जो इस फॉर्म में व्यक्तिगत या स्वास्थ्य संबंधी जानकारी देता है उसे इस बात का अधिकार है कि वह डिपार्टमेंट से उस जानकारी को प्राप्त कर सके और अनुरोध कर सके कि डिपार्टमेंट उस जानकारी को नवीनतम या संशोधित करे। अधिक जानकारी के लिए rebates@energysaver.nsw.gov.au पर ईमेल भेजें।

आवेदन फॉर्म: ऑन-सप्लाई घर

इस फॉर्म को भरना

- कृपया फॉर्म को अंग्रेजी में भरें और बड़े अक्षरों (CAPITAL letters) का प्रयोग करें।
- आवेदक का नाम आपके एनर्जी के बिल पर छपे हुए नाम से मिलना चाहिए।
- आवेदन में दिया गया पता, आवेदक का मुख्य निवास स्थान होना चाहिए।
- बैंक का खाता जिसमें भुगतान किया जाएगा, वह आवेदक के नाम पर होना चाहिए।

आवेदक का विवरण

सीआरएन-CRN (सर्विसेज़ ऑस्ट्रेलिया):

DVA संख्या:

नाम का पहला शब्द:

कुलनाम:

कम्यूनिटी/विलेज का नाम या स्ट्रेटा प्लान का नम्बर:

साइट/यूनिट का नम्बर:

गली का पता:

सबर्ब:

पोस्टकोड:

संपर्क करने के लिए फ़ोन नंबर:

ईमेल का पता:

डाक का पता (यदि गली के पते से भिन्न है):

सबर्ब:

पोस्टकोड:

आवेदक के बैंक का विवरण

बैंक का नाम:

खाते में दिया गया नाम (जैसे Mr S Smith):

बीएसबी नंबर:

खाता संख्या:

यदि आप रिबेट के पात्र हैं, तो डिपार्टमेंट आपके नामित खाते में रिबेट की राशि का भुगतान करेगा।

आवेदन फॉर्म: ऑन-सप्लाई घर

किसी व्यक्ति के लिए आपकी ओर से कार्य करने की सहमति (वैकल्पिक)

इस अनुभाग को सिर्फ तभी भरें यदि आप चाहते हैं कि कोई अन्य व्यक्ति इस आवेदन के संबंध में आपकी ओर से कार्रवाई कर सके।

मैं,

को अधिकृत करता हूँ जिससे निम्नलिखित बातों के लिए

फोन से

पर संपर्क किया जा सकता है:

- इस आवेदन को संसाधित करने में सहायता करने के लिए वह मेरी ओर से डिपार्टमेंट से बात कर सके
- इस आवेदन को संसाधित करने में सहायता करने के लिए इस फॉर्म में प्रदान की गई किसी भी जानकारी को स्पष्ट करके बता सके।

मैंने उपरोक्त नामित व्यक्ति से इस बात की पुष्टि कर ली है कि वह मेरी ओर से कार्रवाई करने के लिए सहमत हैं और मैंने उन्हें बता दिया है कि उनकी जानकारी को इस फॉर्म में दिए गए गोपनीयता के नोटिस के अनुसार एकत्र किया जाएगा और उसका प्रबंधन किया जाएगा।

मैं समझता/समझती हूँ कि मैं एनर्जी रिबेट टीम से 02 8073 9255 पर या rebates@energysaver.nsw.gov.au पर संपर्क करके किसी भी समय अपनी इस सहमति को वापस ले सकता/सकती हूँ।

आवेदक द्वारा की जाने वाली घोषणा और अधिकार देने के बारे में वक्तव्य

मैं (नाम लिखें),

(निवास के प्रमुख स्थान

का पता लिखें) का/की निवासी

- मैंने इस आवेदन फॉर्म में दी गई सभी जानकारी, जिसमें जाँचसूची और गोपनीयता का नोटिस शामिल हैं, पढ़ और समझ ली है
- घोषणा करता/करती हूँ कि इस आवेदन में दी गई सभी जानकारी, मेरे ज्ञान के अनुसार, सत्य और सही है
- समझता/समझती हूँ कि इस फॉर्म में मेरे द्वारा प्रदान की गई जानकारी में होने वाले किसी भी परिवर्तन के बारे में डिपार्टमेंट को सूचित करना मेरी ज़िम्मेदारी है
- मेरी पात्रता निर्धारित करने के लिए यदि अतिरिक्त जानकारी माँगी जाती है तो मैं उस जानकारी को प्रदान करने के लिए सहमत हूँ
- मैं समझता/समझती हूँ कि यह आवेदन जिस वित्तीय वर्ष से संबंधित है, हस्ताक्षर किए जाने के बाद उस पूरे वर्ष के लिए वैध रहेगा, जब तक कि मैं डिपार्टमेंट से संपर्क करके इसे रद्द नहीं कर देता/देती।
- इस आवेदन के साथ मैंने अपने एनर्जी के नवीनतम बिल की एक प्रति शामिल की है
- मैं समझता/समझती हूँ कि डिपार्टमेंट सर्विसेज़ ऑस्ट्रेलिया में पृछताछ करने के लिए सर्विसेज़ ऑस्ट्रेलिया की इ-सर्विसेज़ (eServices) का इस्तेमाल करेगा और सर्विसेज़ ऑस्ट्रेलिया में मेरे ग्राहक विवरण और कन्सेशन कार्ड की स्थिति की जाँच करेगा, जिससे डिपार्टमेंट यह निर्धारित कर सके कि मैं रिबेट पाने के लिए पात्र हूँ या नहीं।

संपर्क करने के लिए सहमति (वैकल्पिक)

मेरी सहमति है कि रिबेट के लिए आवेदन करने के मेरे अनुभव के बारे में जानने के लिए डिपार्टमेंट मुझसे संपर्क कर सकता है।

पॉवर ऑफ अटॉर्नी (जब आवेदन पर पॉवर ऑफ अटॉर्नी के अंतर्गत हस्ताक्षर किए गए हैं)

मैंने इस आवेदन के साथ पॉवर ऑफ अटॉर्नी की प्रमाणित प्रतिलिपि संलग्न की है।

आवेदक के हस्ताक्षर:

दिनांक:

आवेदन फॉर्म: ऑन-सप्लाई घर

चिकित्सीय घोषणा

रोगी का विवरण

रोगी का नाम:

रोगी का पता:

दिन के समय रोगी से संपर्क करने के लिए नंबर:

डिपार्टमेंट को इस रिबेट को लागू कर पाने की अपनी ज़िम्मेदारी पूरी करने के लिए यदि आवश्यकता है, तो मैं इस आवेदन से संबंधित अपने मेडिकल रिकॉर्ड डिपार्टमेंट को देने के लिए अपनी सहमति देता/देती हूँ, मैंने गोपनीयता नोटिस पढ़ और समझ लिया है।

रोगी के हस्ताक्षर:

दिनांक:

चिकित्सा-व्यवसायी का विवरण

यह भाग रोगी के चिकित्सा-व्यवसायी को भरना होगा।

चिकित्सा-व्यवसायी का नाम:

प्रोवाइडर नम्बर:

उस स्थान का नाम जहाँ रोगी की जाँच की गई (अस्पताल/क्लिनिक/चिकित्सक का क्लीनिक):

उस स्थान का फ़ोन नंबर जहाँ रोगी की जाँच की गई (अस्पताल/क्लिनिक/चिकित्सक का क्लीनिक):

आवेदन फॉर्म: ऑन-सप्लाई घर

चिकित्सीय निर्धारण

इस रिबेट के मापदंडों को पूरा करने के लिए, उस पंजीकृत चिकित्सा-व्यवसायी को रोगी के बारे में आंकलन करना होगा, जो कम से कम 3 महीने से उसका इलाज कर रहा है, कि:

- रोगी में अपने शरीर के तापमान को स्वयं नियमित करने की क्षमता नहीं है, और
- रोगी तालिका में दी गई प्राइमरी योग्यता की चार शर्तों में से किसी एक शर्त को और सेकंडरी योग्यता की तीन शर्तों में से किसी एक शर्त को पूरा करता है।

चिकित्सा-व्यवसायी के द्वारा घोषणा

मैं प्रमाणित करता/करती हूँ कि रोगी अपने शरीर के तापमान को स्वयं नियमित करने में असमर्थ है। मैं कम से कम 3 महीने से रोगी का इलाज कर रहा/रही हूँ, इस रोगी का इलाज एनएसडब्ल्यू के किसी दूर-दराज़ के और क्षेत्रीय स्थानों में रॉयल फ़्लाइंग डॉक्टर सर्विस द्वारा कम से कम 3 महीने से किया जा रहा है, और वह (रोगी) कम से कम एक प्राइमरी योग्यता और एक सेकंडरी योग्यता की शर्तें पूरी करता/करती है, जैसा कि इस तालिका में दर्शाया गया है:

प्राइमरी योग्यता की शर्तें (कम से कम एक का चयन करें)	निशान लगाने के लिए खानें
ऑटोनोमिक सिस्टम डिसफ़ंक्शन (चिकित्सा स्थितियाँ जिनमें ऑटोनोमिक सिस्टम क्षतिग्रस्त हो गया है, जैसे कि मेरुरज्जु में गंभीर चोट लग जाना, स्ट्रोक, मस्तिष्क में चोट और न्यूरोडीजेनेरेटिव विकार)।	
त्वचा की कार्य-क्षमता कम हो जाना या पसीना आने की क्षमता खो देना (जैसे बहुत सारी त्वचा का जल जाना अर्थात् शरीर का 20% से अधिक भाग जल जाना, त्वचा में गंभीर रूप से सूजन आ जाना और पसीना आने से संबंधित कुछ विरले विकार)।	
वातावरण के तापमान में बहुत अधिक बदलाव हो जाने पर शरीर के कार्य करने की क्षमता में कमी (जैसे बढ़ा हुआ मल्टीपल स्केलेरोसिस)।	
वातावरण के तापमान में अधिक बदलाव हो जाने पर अतिसंवेदनशीलता जिससे दर्द या अन्य परेशानी बढ़ जाती है या जटिलताओं का खतरा बढ़ जाता है [जैसे किसी स्थान पर जटिल दर्द सिंड्रोम और शरीर के किसी भाग में (मस्तिष्क व हृदय के अलावा) रक्त पहुँचना कम हो जाने के रोग का बढ़ जाना।	
सेकंडरी योग्यता की शर्तें (कम से कम एक का चयन करें)	निशान लगाने के लिए खानें
चल-फिर सकने की क्षमता में गंभीर कमी, जैसा कि क्वाड्रिप्लेजिया या गंभीर उच्च-स्तरीय पैराप्लेजिया में होता है, विशेष रूप से मध्य-थोरेसिक स्तर (T7) से ऊपर, जिसके परिणामस्वरूप सिम्पैथेटिक नर्वस सिस्टम कंट्रोल को नुकसान पहुँचाने के कारण शरीर के तापमान के स्व-नियमन में समस्या होती है।	
पसीना आने, हृदय गति या रक्तचाप के स्वायत्त नियमन में महत्वपूर्ण कमी।	
वातावरण में तापमान के बहुत अधिक बदलाव आ जाने पर शरीर के कार्य कर पाने की क्षमता में कमी या क्लीनिकल स्थिति में महत्वपूर्ण वृद्धि।	

गोपनीयता का वक्तव्य

मैं घोषणा करता/करती हूँ कि इस आवेदन में दी गई सभी जानकारी मेरे ज्ञान के अनुसार सत्य और सही है।

इस बात के लिए मेरी सहमति है कि डिपार्टमेंट इस फॉर्म में प्रदान की गई मेरी व्यक्तिगत और स्वास्थ्य जानकारी के सही होने की पुष्टि करने के लिए मुझसे संपर्क कर सकता है।

चिकित्सा-व्यवसायी के हस्ताक्षर:

दिनांक:

इस फॉर्म को जमा करना

भरे हुए फॉर्म को rebates@energysaver.nsw.gov.au पर ईमेल से भेजें या

भरे हुए फॉर्म को NSW Medical Energy Rebate, PO Box 435, Parramatta NSW 2124 -पर डाक से भेजें।

यदि आप फॉर्म को डाक से भेज रहे हैं, तो दस्तावेज़ों पर स्टेपल पिन या स्टिकी टेप न लगाएँ।