



एन.एस.डब्ल्यू. जीवन सहायता छूट



चिकित्सा घोषणा

बिरामीको विवरण

जीवन सहायक उपकरण प्रयोग गर्ने बिरामीको नाम:	
बिरामीको ठेगाना:	
बिरामीको दिउँसोको सम्पर्क नम्बर:	

यदि यो छूटको व्यवस्थापन गर्ने ओ.ई.सि.सि (OECC) को जिम्मेवारीको रूपमा यो आवेदनसँग सरोकार भएका मेरो मेडिकल तथ्यांकहरू ओ.ई.सि.सि लाई उपलब्ध गराउनु आवश्यक परेमा त्यसको लागि म सहमति दिन्छु। मैले ऊर्जा छूट गोपनीय संकलनको विवरण (Energy Rebates Privacy Collection Notice) नोटिस पढेको र बुझेको छु।

बिरामीको हस्ताक्षर:

मिति:

चिकित्सा व्यवसायीको विवरण

यो खण्ड बिरामीको चिकित्सा व्यवसायीद्वारा पूरा गरिनु पर्छ।

व्यवसायीको नाम:	
प्रदायक नम्बर:	
बिरामीको पुनरावलोकन गरिएको ठाउँको नाम (अस्पताल/क्लिनिक/प्राक्टिस):	
बिरामीको पुनरावलोकन गरिएको ठाउँको फोन नम्बर (अस्पताल/क्लिनिक/प्राक्टिस):	

बिरामीको लागि निर्धारित स्वीकृत जीवन सहायक उपकरण

बिरामीको चिकित्सकले निम्न उल्लेख भएका सान्दर्भिक चेक बक्स/ हरु छात्रुपर्ने हुन्छ। स्वीकृत जीवन सहायक उपकरण (life support equipment) को बारेमा थप जानकारीको लागि पृष्ठ 4 हेर्नुहोस्। एन.एस.डब्ल्यू. जीवन सहायता छूटको मापदण्ड पूरा गर्नका निम्ति रजिष्टर्ड चिकित्सक पेशाकर्मीद्वारा बिरामीको मूल्याङ्कन गरिएको हुनुपर्छ ताकि त्यसले बिरामीको मुख्य निवास स्थानमा स्वीकृत जीवन सहायक उपकरणको प्रयोग आवश्यक छ भन्ने प्रमाणित गरोस्।

चिकित्सा व्यवसायीको घोषणा

म प्रमाणित गर्दछु कि बिरामीलाई निम्न कुराको प्रयोगको आवश्यकता छ:

चेक बक्स	उपकरण	योग्यता
<input type="checkbox"/>	अक्सिजन कन्सन्ट्रेटर (फूल-टाइम)	मेशिन दिनको 24 घण्टा लगातार प्रयोग गरिन्छ
<input type="checkbox"/>	अक्सिजन कन्सन्ट्रेटर (पार्ट-टाइम)	मेशिन दिनको 24 घण्टा भन्दा कम प्रयोग गरिन्छ (पार्ट-टाइम)
<input type="checkbox"/>	पोजेटिभ वायुमार्ग दबाब उपकरण (फूल-टाइम)	मेशिन दिनको 24 घण्टा लगातार प्रयोग गरिन्छ
<input type="checkbox"/>	सकारात्मक वायुमार्ग दबाब उपकरण (पार्ट-टाइम)	मेशिन दिनको 24 घण्टा भन्दा कम प्रयोग गरिन्छ (पार्ट-टाइम)
<input type="checkbox"/>	एन्टरल फिडिङ पम्प	-
<input type="checkbox"/>	बाह्य हृदय पम्प	-
<input type="checkbox"/>	होम डायलिसिस	-
<input type="checkbox"/>	फोटोथेरापी	-
<input type="checkbox"/>	पावर व्हीलचेयर	बिरामीलाई क्वाड्रिप्लेजिक भनेर वर्गीकृत गरिएको हुनुपर्छ नोट: मोबिलिटी स्कुटर समावेश हुँदैन
<input type="checkbox"/>	कुल प्यारेन्टेरल पोषण पम्प	-
<input type="checkbox"/>	भेन्टिलेटरहरू	नोट: नेबुलाइजर, ह्युमिडिफायर वा भेपोराइजरहरू समावेश हुँदैनन्

म घोषणा गर्दछु कि यस आवेदनमा उल्लेख भएका सबै जानकारी, मैले जाने बुझेसम्म सत्य र सही छन्।

यस फारममा प्रदान गरिएको व्यक्तिगत र स्वास्थ्य जानकारीको सत्यताको पुष्टि गर्नका निम्ति ओ.ई.सि.सि. (OECC) ले मलाई सम्पर्क गर्नेमा मेरो सहमती छ।

चिकित्सा व्यवसायीको हस्ताक्षर:

मिति:

स्वीकृत लाइफ सपोर्ट उपकरण

उपकरणको प्रकार	उपकरणको उदाहरणहरू*	वार्षिक छुट
अक्सिजन कन्सन्ट्रेटर (फुल-टाइम)	डेभिलबिस आदि	\$1,248.67 (मेशिनलाई दिनको 24 घण्टा लगातार प्रयोग गर्नुपर्छ)
अक्सिजन कन्सन्ट्रेटर (पार्ट-टाइम)	डेभिलबिस आदि	\$742.78 (मेशिन दिनको 24 घण्टा भन्दा कमको लागि प्रयोगमा आँउछ)
सकारात्मक वायुमार्ग दबाव उपकरण (फुल-टाइम)	निरन्तर सकारात्मक वायुमार्ग दबाव, बाइलेभल वा परिवर्तनशील पोजिटिभ वायुमार्ग दबाव	\$285.07 (मेशिनलाई दिनको 24 घण्टा लगातार प्रयोग गर्नुपर्छ)
सकारात्मक वायुमार्ग दबाव उपकरण (पार्ट-टाइम)	निरन्तर सकारात्मक वायुमार्ग दबाव, बाइलेभल वा परिवर्तनशील पोजिटिभ वायुमार्ग दबाव	\$144.54 (मेशिन दिनको 24 घण्टा भन्दा कमको लागि प्रयोगमा आँउछ)
एन्टरल फिडिङ पम्प	कङ्गारू ईपम्प कम्पेनियन _ एब्सट फ्लेक्सिफ्लो प्याट्रोल एन्टरल पम्प	\$176.66
बाह्य हृदय पम्प	बायाँ भेन्ट्रिकुलर सहायता यन्त्र	\$44.17
होम डाइलिसिस	हेमोडाइलिसिस वा पेरिटोनियल अटोमेटेड साइक्लर मेशिनहरू – उदाहरणका लागि: फ्रेसेनियस, ग्याम्ब्रो, ब्याक्सटर	\$618.31
फोटोथेरापी उपकरण	ब्लू लाइट थेरापी	\$1,477.52
क्वाड्रिप्लेजिकहरूका लागि पावर ह्वीलचेयर नोट: मोबिलिटी स्कुटर समावेश हुँदैन	क्विकी, जिप्पी, आदि।	\$120.45
कुल प्यारेन्टेरल पोषण पम्प	भलुमेटिक पम्प फ्लोगार्ड पम्प	\$337.26
भेन्टिलेटरहरू नोट: नेबुलाइजर, ह्युमिडिफायर वा भेपोराइजरहरू समावेश हुँदैनन्	एल.टि.भी. सिरिज, ब्रीस, पि.एल.भि-१०० आदि, आइरन लङ्ग	\$1,477.52

*उपकरणका हरक प्रकारहरूमा उल्लिखित ब्रान्डका नामहरूको सूची केवल जानकारीको लागि मात्र समावेश गरिएको हो र यो पूर्ण छैन।