



الإعادة المالية الخاصة بدعم الحياة في نيو ساوث ويلز

إستمارة طلب: الزبائن الذين يتم إمدادهم بصورة ثانوية



ينبغي استخدام هذه الإستمارة من قبل العائلات المؤهلة التي تشكّل جزءاً من قري تقاعدية مؤهلة أو حدائق كرفانات مؤهلة أو مجمّعات أو مبانٍ سكنية مؤهلة يتم إمدادها بصورة ثانوية.

طريقة ملء هذه الإستمارة

- يجب أن يتطابق اسم مقدّم الطلب مع الاسم الموجود على:
 - فاتورة كهرباء
 - حسابك المصرفي.
- يجب أن يكون العنوان هو مكان الإقامة الرئيسي لمقدّم الطلب.
- املاً الطلب بالإنجليزية بحروف كبيرة.
- املاً جميع الصفحات.
- ينبغي ملء الطلب بالإنجليزية.

* يجب أن تقدّم إقراراً طبياً يوقّعه الممارس الطبي الذي يعالجك مرّة كل سنتين.

تفاصيل مقدّم الطلب

| | |
|--|---|
| | الاسم الأول: |
| | الاسم الأخير: |
| | اسم المجمع/القرية أو رقم خارطة المجمع/المبنى السكني: |
| | رقم الموقع/الوحدة السكنية: |
| | رقم العنوان واسم الشارع: |
| | الضاحية: |
| | الرمز البريدي: |
| | رقم الهاتف للاتصال: |
| | عنوان البريد الإلكتروني: |
| | عنوان البريد العادي (إذا كان مختلفاً عن العنوان أعلاه): |
| | الضاحية: |
| | الرمز البريدي: |

تفاصيل بنك مقدّم الطلب

| | |
|--------------------------------|--|
| اسم البنك: | |
| اسم الحساب (مثلاً: Mr S Smith) | |
| رقم BSB: | |
| رقم الحساب: | |

إذا كنت مؤهلاً للحصول على الإعادة المالية، سوف يدفع لك مكتب الطاقة والتغير المناخي (OECC) الإعادة المالية في الحساب الذي أعطيتته أعلاه. يرجى التأكد من صحة تفاصيل الحساب. إذا أعطيتنا تفاصيل حساب غير صحيحة، فإننا قد ندفع الإعادة المالية في هذا الحساب. هذا يعني أنك قد لا تتلقى دفعة إعادة مالية إلا إذا استرجعنا المبلغ. وهذا قد يؤثر على أهليتك للإعادات المالية الأخرى. إن مسؤولية إعطائك تفاصيل صحيحة عن مصرفك في هذه الإستمارة تقع على عاتقك بالكامل.

إقرار وبيان تفويض من مقدّم الطلب

أدرك ما يلي:

- أن مكتب الطاقة والتغير المناخي (OECC) سوف يستخدم خدمات سنترنك الإلكترونية للتحقق من أهليتي للحصول على الإعادة المالية.
- أنه يجب أن أرفق بهذا الطلب نسخة من أحدث فاتورة للطاقة..
- أنني مسؤول عن التأكد من أن جميع المعلومات في هذا الطلب هي، حسب أقصى معرفتي، حقيقية وصحيحة وأني سأبلغ مكتب OECC بأي تغيير في المعلومات الخاصة بي.
- أنه قد يُطلب مني تقديم المزيد من المعلومات عن أهليتي.
- أنه يمكنني أن أتلّق الإعادة المالية الخاصة بدعم الحياة في نيو ساوث ويلز مرة واحدة فقط في السنة المالية، لكل نوع من معدات دعم الحياة.
- أنني بالتوقيع على هذه الوثيقة، يمكنني التأكيد على أنني قرأت وفهمت إشعار الخصوصية المتعلق بجمع المعلومات الشخصية (المتوفر على الموقع www.energy.nsw.gov.au/privacy-collection-notice).
- أن إعطاء معلومات خاطئة أو مضللة هو مخالفة جنائية بموجب القانون الجنائي لعام 1900.

توقيع مقدّم الطلب:

التاريخ:

إقرار طبي

تفاصيل المريض

| | |
|--|--|
| اسم المريض الذي يستخدم المعدات الطبية: | |
| عنوان المريض: | |
| رقم هاتف المريض خلال النهار: | |

أوافق على الكشف عن سجلاتي الطبية المتعلقة بهذا الطلب إلى مكتب OECC إذا طلبها المكتب كجزء من مسؤوليات إشرافه على هذه الإعادة المالية. وقد قرأت 'إشعار الخصوصية لجمع المعلومات المتعلقة بالإعادات المالية الخاصة بالطاقة'.

توقيع المريض:

التاريخ:

تفاصيل الممارس الطبي

يجب إكمال هذا القسم من قبل الممارس الطبي المعالج للمريض.

| | |
|--|--|
| اسم الممارس الطبي: | |
| رقم مقدّم الخدمة: | |
| اسم المكان الذي تمت فيه مراجعة المريض (مستشفى/عيادة/غرفة الطبيب): | |
| رقم هاتف المكان الذي تمت فيه مراجعة المريض (مستشفى/عيادة/غرفة الطبيب): | |

معدات دعم الحياة المعتمدة الموصوفة للمريض

يُطلب من الممارس الطبي المعالج للمريض اختيار مربع الاختيار المناسب/مربعات الاختيار المناسبة أدناه. راجع الصفحة 4 للمزيد من المعلومات عن معدات دعم الحياة المعتمدة. ولإستيفاء المعايير المطلوبة للإعادة المالية لدعم الحياة في نيو ساوث ويلز، يجب أن يكون المريض قد تم تقييمه من قبل ممارس طبي مسجل للتحقق من أن استخدام معدات دعم الحياة المعتمدة مطلوب في مكان الإقامة الرئيسي لمقدم الطلب.

إقرار الممارس الطبي

أشهد أن المريض يحتاج إلى استخدام ما يلي:

| مربع الاختيار | المعدات | وصف إضافي |
|--------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> | مكثفات الأكسجين (بدوام كامل) | يتم استخدام الآلة بشكل مستمر لمدة 24 ساعة في اليوم |
| <input type="checkbox"/> | مكثفات الأكسجين (بدوام جزئي) | يتم استخدام الآلة أقل من 24 ساعة في اليوم (بدوام جزئي) |
| <input type="checkbox"/> | جهاز ضغط مجرى الهواء الإيجابي (بدوام كامل) | يتم استخدام الآلة بشكل مستمر لمدة 24 ساعة في اليوم |
| <input type="checkbox"/> | جهاز ضغط مجرى الهواء الإيجابي (بدوام جزئي) | يتم استخدام الآلة أقل من 24 ساعة في اليوم (بدوام جزئي) |
| <input type="checkbox"/> | مضخة تغذية معوية | - |
| <input type="checkbox"/> | مضخة قلب خارجية | - |
| <input type="checkbox"/> | غسيل الكلى بالمنزل | - |
| <input type="checkbox"/> | العلاج بالضوء | - |
| <input type="checkbox"/> | الكراسي المتحركة الكهربائية | يجب تصنيف المريض على أنه مصاب بالشلل الرباعي ملاحظة: لا تشمل دراجات السكوتر للتنقل |
| <input type="checkbox"/> | مضخة التغذية الوريدية الكاملة | - |
| <input type="checkbox"/> | أجهزة تهوية | ملاحظة: لا تشمل البخاخات أو المرطبات أو المبخرات |

أقر بأن جميع المعلومات الواردة في هذا الطلب، على حدّ علمي، صادقة وصحيحة. أوافق على قيام مكتب OECC بالاتصال بي للتحقق من دقة المعلومات الشخصية والصحية الواردة في هذه الإستمارة.

التاريخ:

توقيع الممارس الطبي:

معدات دعم الحياة المعتمدة

| الإعانة المالية السنوية | أمثلة من المعدات* | نوع المعدات |
|--|---|---|
| 1248,67 دولار (يجب استخدام الآلة بشكل مستمر لمدة 24 ساعة في اليوم) | DeVilbiss إلخ | مكثفات الأكسجين (بدوام كامل) |
| 742,78 دولار (الآلة قيد الاستخدام لمدة تقل عن 24 ساعة في اليوم) | DeVilbiss إلخ | مكثفات الأكسجين (بدوام جزئي) |
| 285,07 دولار (يجب استخدام الآلة بشكل مستمر لمدة 24 ساعة في اليوم) | ضغط مجرى الهواء الإيجابي بصورة مستمرة، ضغط مجرى الهواء الإيجابي ثنائي المستوى أو متغيّر | جهاز ضغط مجرى الهواء الإيجابي (بدوام كامل) |
| 144,54 دولار (الآلة قيد الاستخدام لمدة تقل عن 24 ساعة في اليوم) | ضغط مجرى الهواء الإيجابي بصورة مستمرة، ضغط مجرى الهواء الإيجابي ثنائي المستوى أو متغيّر | جهاز ضغط مجرى الهواء الإيجابي (بدوام جزئي) |
| 176,66 دولار | Kangaroo ePump Companion-Abbott Flexiflow Patrol Enteral مضخة | مضخة تغذية معوية |
| 44,17 دولار | جهاز مساعدة البطين الأيسر | مضخة قلب خارجية |
| 618,31 دولار | آلات غسيل الكلى أو آلات تدوير صفاقي تلقائية - على سبيل المثال: Baxter ، Gambro ، Fresenius | غسيل الكلى بالمنزل |
| 1477,52 دولار | العلاج بالضوء الأزرق | معدات العلاج بالضوء |
| 120,45 دولار | Quickie و Zippie وما إلى ذلك | الكراسي المتحركة الكهربائية للمصابين بالشلل الرباعي ملاحظة: لا تشمل دراجات السكوتر للتنقل |
| 337,26 دولار | مضخة Volumatic مضخة Flowguard | مضخة تغذية وريدية كاملة |
| 1477,52 دولار | سلسلة LTV ، Breas ، PLV-100 إلخ ، Iron Lung | أجهزة تهوية ملاحظة: لا تشمل البخاخات أو المرطبات أو المبخرات |

*تُضمّن قائمة الأسماء التجارية مقابل كل قطعة معدات للعلم فقط، وهي ليست قائمة شاملة.

الموافقة على قيام شخص بالتصرف نيابةً عنك (اختياري)

لا تملأ هذا القسم إلا إذا كنت ترغب في أن يتصرّف شخص آخر نيابةً عنك فيما يتعلق بهذا الطلب.

أفوض ، الذي يمكن

الاتصال به هاتفياً على الرقم أو بواسطة

البريد الإلكتروني التالي

للتحدث إلى مكتب OECC نيابةً عني بشأن هذا الطلب.

أفهم أنه يمكنني سحب هذه الموافقة في أي وقت عن طريق الاتصال بمكتب OECC على الرقم 8073 9255 (02).

الموافقة على الاتصال (اختياري)

أوافق على قيام مكتب OECC بالاتصال بي بشأن تجربتي في تقديم طلب للحصول على الإعادة المالية.

تقديم هذه الإستمارة

قبل أن ترسل هذا الطلب هل قمت بما يلي:

- التحقق من صحة جميع التفاصيل التي أعطيها؟
- ملأت جميع أقسام هذه الإستمارة؟
- وقّعت على جميع الشروط المُدرجة في الإقرار ووافقت عليها؟
- أرفقت نسخة من جميع الصفحات الخاصة بأحدث فاتورة طاقة استلمتها؟

ابعث الإستمارة المعبأة والموقّعة مع نسخة من أحدث فاتورة كهرباء استلمتها إلى:

NSW Life Support Rebate, PO Box 435, Parramatta NSW 2124.

لا تستخدم الدبابيس أو الأشرطة اللاصقة على المستندات.