



新州生命维持设备 能源费返款



申请表:嵌入网络商(能源代销商)客户

居住于由嵌入网络商(能源代销商)提供能源的退休村、旅行房车公园或分层管理物业等符合资格条件的家庭可以使用本申请表。



如何填写本申请表

- 申请人姓名必须与下列文件或登记资料所示姓名完全一致：
 - 电费账单或结算单；
 - 银行账户。
- 住址必须是申请人的主要居住地点。
- 使用大写字母填写。
- 申请表的每一页均须填妥。
- 表格须用英文填写。

* 你必须每2年递交一次由你的医生签名的医疗声明表。

申请人详情

名:	
姓:	
居住社区/退休村名称或分层 管理物业编号:	
地号/单元号:	
路名/街名:	
区:	
邮政编码:	
联系电话:	
电邮地址:	
邮政地址 (若与以上住址不同):	
区:	
邮政编码:	

申请人银行账户资料

银行名称:	
账户名称: (例如: Mr S Smith)	
BSB号码:	
账号:	

如果你符合资格条件,新州能源和气候变化事务局 (Office of Energy and Climate Change - OECC) 会将返款存入你指定的银行账户。请确保正确填写银行账户资料。如果你向我们提供的银行信息不正确,返款可能会存入错误账户。除非已支付的钱款被退还,否则你可能无法收到应得的返款。此外,这也可能影响你申领其他返款的资格。你有责任确保在本申请表中填写的银行账户资料正确无误。

申请人声明和授权

我明白:

- OECC将使用Centrelink电子确认服务系统 (Centrelink Confirmation eServices), 核实我是否有资格申领返款。
- 我必须随本申请表附上一份最近期的能源费账单/结算单副本。
- 我有责任据我所知所信, 确保在本申请表中提供的资料真实并且正确无误。如果我的个人情况出现改变, 我有责任通知OECC。
- 我可能需要遵照要求, 就我的资格条件提供额外的信息。
- 我在每个财政年度只能为所使用的每一种设备收到一次新南威尔士州生命维持设备能源费返款。
- 签署本文件即代表我确认已经阅读并理解个人信息收集通知 (Privacy Collection Notice, 全文见: www.energy.nsw.gov.au/privacy-collection-notice)。
- 《1900年刑法》(Crimes Act 1900) 规定, 提供虚假或误导信息属于刑事犯罪。

申请人签名:

日期:

医疗声明

病患详情

使用生命维持设备的病患姓名:	
病患地址:	
病患日常联系电话:	

我同意根据要求, 向OECC披露与申请事务相关的本人病历记录, 以便该部门履行其管理返款计划的责任。我已经阅读并理解能源费返款计划个人信息收集通知。

病患签名:

日期:

执业医师详情

本部分必须由病患的医生填写。

医生姓名：	
医生注册号码：	
病患接受评估地点 (医院/诊所)：	
病患接受评估地点 (医院/诊所) 电话：	

指定病患使用的核准生命维持设备

病患的医生必须在下方相关方格中打勾。核准生命维持设备的更多信息可参阅第4页。新州生命维持设备能源费返款资格条件规定，病患必须已经获得注册执业医师评估，证明病患需要在其主要居住地点使用经核准的生命维持设备。

执业医师声明

我证明病患必须使用：

勾选	设备	规定条件
<input type="checkbox"/>	氧气浓缩器(全天)	器材设备每天连续使用24小时
<input type="checkbox"/>	氧气浓缩器(部分时间)	器材设备每天使用不足24小时(部分时间)
<input type="checkbox"/>	气道正压呼吸机(全天)	器材设备每天连续使用24小时
<input type="checkbox"/>	气道正压呼吸机(部分时间)	器材设备每天使用不足24小时(部分时间)
<input type="checkbox"/>	肠内营养输注泵	-
<input type="checkbox"/>	外置心脏泵	-
<input type="checkbox"/>	家用肾透析机	-
<input type="checkbox"/>	光疗设备	-
<input type="checkbox"/>	电动轮椅	病患必须属于四肢瘫痪者 备注:不包括电动代步车
<input type="checkbox"/>	全肠外营养输注泵	-
<input type="checkbox"/>	呼吸机	备注:不包括喷雾器、加湿器或汽化器

我声明，本申请表中填报的所有资料，根据本人所知所信，均属真实并且准确无误。

我同意OECC可以与我联系，确认本表格中填报的个人资料以及医药治疗情况的准确性。

执业医师签名：

日期：

经核准的生命维持设备

设备类型	品牌名称示例*	年度返款率
氧气浓缩器(全天)	Devilbiss等	\$1,248.67 (器材设备必须每天连续使用24小时)
氧气浓缩器(部分时间)	Devilbiss等	\$742.78 (器材设备每天使用不足24小时)
气道正压呼吸机(全天)	持续气道正压呼吸机、双水平气道正压通气或可变气道正压通气呼吸机	\$285.07 (器材设备必须每天连续使用24小时)
气道正压呼吸机(部分时间)	持续气道正压呼吸机、双水平气道正压通气或可变气道正压通气呼吸机	\$144.54 (器材设备每天使用不足24小时)
肠内营养输注泵	Kangaroo电泵辅助器 – Abbott Flexiflow蠕动泵	\$176.66
外置心脏泵	左心室辅助装置	\$44.17
家用肾透析机	血液透析或腹膜自动循环机, 品牌包括: Fresenius, Gambro, Baxter	\$618.31
光疗设备	蓝光治疗机	\$1,477.52
四肢瘫痪者用电动轮椅 备注: 不包括电动代步车	Quickie, Zippie等	\$120.45
全肠外营养输注泵	Volumatic泵, Flowguard泵	\$337.26
呼吸机 备注: 不包括喷雾器、加湿器或汽化器	LTV系列, Breas, PLV-100等, Iron Lung	\$1,477.52

* 每种器材设备列出的对应品牌仅供参考, 并非详尽无遗。

同意他人代表你办理申请(可选填)

如果你希望委托其他人代表你办理本申请, 请完成这一部分, 否则无需填写。

我授权

联系电话

联系电邮

可以代表我就本申请相关事务与OECC联系。

我明白, 我有权随时致电 (02) 8073 9255联系OECC, 撤销本同意。

同意联系(可选填)

我同意OECC可与我联系, 了解我办理返款申请的体验。

递交申请表

请在递交申请表前确认:

- 你提供的所有资料是否正确无误?
- 你是否已经填妥本申请表的所有部分?
- 你是否已经同意声明部分列出的所有规定并签名?
- 你是否已经完整地附上了最近期的能源账单?

请将填妥并已经签名的申请表, 连同一份最近期电力账单副本, 邮寄至:

NSW Family Energy Rebate (On-Supply) Rebate, PO Box 435, Parramatta NSW 2124.

请勿使用订书钉或胶带装订文件。