



یارانه پشتیبانی جانی NSW (Life Support)

فرم درخواست: خانوار های در شبکه مشترک (on-supply)



این فرم باید توسط خانوارهای واجد شرایط در یک شبکه مشترک (on-supply) مانند دهکده بازنشستگان، کاروان پارک ها یا طرح املاک مشاع (strata) استفاده شود.

نحوه تکمیل این فرم

- نام متقاضی باید با نامی که در مدارک زیر می آید مطابقت داشته باشد:
- قبض برق یا رسید
- حساب بانکی.
- آدرس باید محل سکونت اصلی متقاضی باشد.
- با حروف بزرگ بنویسید.
- تمام صفحات را پر کنید.
- فرم باید به انگلیسی پر شود.

* شما باید هر دو سال یکبار یک اظهاریه پزشکی که توسط دکترتان امضا شده باشد ارائه دهید.

مشخصات متقاضی

	نام:
	نام خانوادگی:
	نام دهکده / مجتمع یا شماره طرح مشاع (strata plan):
	شماره محل/ واحد:
	آدرس خیابان:
	محله:
	کد پستی:
	شماره تلفن تماس:
	آدرس ایمیل:
	آدرس پستی (اگر با آدرس بالا فرق دارد):
	محله:
	کد پستی:

مشخصات حساب بانکی متقاضی

نام بانک:	
نام صاحب حساب (مثلا Mr S Smith)	
شماره BSB:	
شماره حساب:	

اگر واجد شرایط یارانه باشید، دفتر انرژی و تغییرات آب و هوایی NSW (OECC) یارانه را به حسابی که در بالا ارائه کرده اید پرداخت می‌کند. لطفاً از صحت اطلاعات بانکی اطمینان حاصل کنید. اگر جزئیات بانکی نادرستی را به ما ارائه دهید، ممکن است یارانه را به آن حساب پرداخت کنیم. این بدان معنی است که شما ممکن است پرداختی یارانه را دریافت نکنید مگر اینکه وجوه برگردانده شود. این کار ممکن است روی شایستگی شما برای یارانه‌های دیگر تأثیر بگذارد. مسئولیت این کاملاً با شماست که از درستی مشخصات بانکی که در این فرم ارائه می‌کنید اطمینان حاصل کنید.

اظهاریه متقاضی و ابلاغ مجوز

من درک می‌کنم که:

- OECC برای تأیید واجد شرایط بودن من برای یارانه از خدمات الکترونیکی تصدیق Centrelink (Centrelink Confirmation eServices) استفاده خواهد کرد.
- من باید یک کپی از آخرین صورتحساب/قبض انرژی خود را با این درخواست ضمیمه کنم.
- این مسئولیت من است که اطمینان حاصل کنم که تمام اطلاعات ارائه شده در این درخواست، تا جایی که می‌دانم، درست و صحیح است و من OECC را از هرگونه تغییر در اطلاعات خود مطلع خواهم کرد.
- ممکن است از من خواسته شود که اطلاعات بیشتری در مورد واجد شرایط بودن خود ارائه دهم.
- من فقط می‌توانم یک بار در سال مالی، به ازای هر نوع تجهیزات، یارانه پشتیبانی زندگی NSW را دریافت کنم.
- با امضای این سند، من تصدیق می‌کنم که اعلامیه جمع‌آوری اطلاعات حریم خصوصی را (که در www.energy.nsw.gov.au/privacy-collection-notice موجود است) خوانده و درک کرده‌ام.
- بر اساس قانون جرایم 1900 ارائه اطلاعات نادرست یا گمراه کننده یک جرم کیفری است.

امضای متقاضی: تاریخ:

اظهاریه پزشکی

مشخصات بیمار

نام بیماری که دستگاه پشتیبانی زندگی را استفاده می‌کند:	
آدرس بیمار:	
شماره تماس بیمار در طول روز:	

با انتشار سوابق پزشکی خود در رابطه با این درخواست، در صورتیکه OECC به عنوان بخشی از مسئولیت شان در اداره این یارانه به آن نیاز داشته باشد، موافقت می‌کنم. من اعلامیه جمع‌آوری حریم خصوصی یارانه انرژی را خوانده و درک کرده‌ام. ☐

امضای بیمار: تاریخ:

مشخصات پزشک

این قسمت باید توسط پزشک بیمار پر شود.

نام پزشک:	
شماره نظام پزشکی:	
نام جایی که بیمار ارزیابی شد (بیمارستان/کلینیک/مطب):	
شماره تلفن جایی که بیمار ارزیابی شد (بیمارستان/کلینیک/مطب):	

دستگاه تأیید شده پشتیبانی زندگی که برای بیمار تجویز شده است

پزشک بیمار موظف است کادر/های مربوطه را در زیر انتخاب کند. برای اطلاعات بیشتر در مورد دستگاه های پشتیبانی زندگی تأیید شده به صفحه 4 مراجعه کنید. برای برآورده کردن ضوابط یارانه پشتیبانی زندگی NSW، بیمار باید توسط یک متخصص پزشکی ثبت شده ارزیابی شده باشد تا تأیید شود که استفاده از دستگاه پشتیبانی جانی در محل اصلی زندگی آنها مورد نیاز است.

اظهاریه پزشک

من تأیید می کنم که بیمار استفاده از وسیله زیر را نیاز دارد:

کادر انتخاب	دستگاه	توضیح
☐	متمركز كننده اكسیژن (تمام وقت)	دستگاه بطور مداوم در 24 ساعت روز استفاده می شود
☐	متمركز كننده اكسیژن (پاره وقت)	دستگاه کمتر از 24 ساعت در روز استفاده می شود
☐	دستگاه فشار مثبت راه هوایی (CPAP) (تمام وقت)	دستگاه بطور مداوم در 24 ساعت روز استفاده می شود
☐	دستگاه فشار مثبت راه هوایی (CPAP) (پاره وقت)	دستگاه کمتر از 24 ساعت در روز استفاده می شود
☐	پمپ تغذیه داخلی	-
☐	پمپ قلب خارجی	-
☐	دیالیز خانگی	-
☐	فتوترابی	-
☐	صندلی چرخدار برقی	بیمار باید به عنوان فلج چهار اندام طبقه بندی شود توجه: شامل اسکوترهای تحرک نمی شود
☐	پمپ تغذیه کامل تزریقی	-
☐	ونتیلورها	توجه: شامل اسکوترهای تحرک نمی شود

من اعلام می کنم که تمام اطلاعات ارائه شده در این درخواست، تا جایی که می دانم، درست و صحیح است. ☐

من موافقت می کنم که OECC برای تأیید صحت اطلاعات شخصی و پزشکی ارائه شده در این فرم با من تماس بگیرد. ☐

امضای پزشک:

تاریخ:

تجهیزات پشتیبانی زندگی تایید شده

نوع دستگاه	نمونه های دستگاه*	یارانه سالانه
متمرکز کننده اکسیژن (تمام وقت)	DeVilbiss و غیره	1248.67 دلار (دستگاه باید به طور مداوم به مدت 24 ساعت در روز استفاده شود)
متمرکز کننده اکسیژن (پاره وقت)	DeVilbiss و غیره	742.78 دلار (دستگاه کمتر از 24 ساعت در روز استفاده می شود)
دستگاه فشار مثبت راه هوایی (CPAP) (تمام وقت)	دستگاه فشار مثبت مداوم راه هوایی، فشار مثبت دوسطحی یا متغیر راه هوایی	285.07 دلار (ماشین باید به طور مداوم به مدت 24 ساعت در روز استفاده شود)
دستگاه فشار مثبت راه هوایی (CPAP) (پاره وقت)	دستگاه فشار مثبت مداوم راه هوایی، فشار مثبت دوسطحی یا متغیر راه هوایی	144.54 دلار (ماشین کمتر از 24 ساعت در روز استفاده می شود)
پمپ تغذیه داخلی	Kangaroo ePump Companion-Abbott Flexiflow Patrol Enteral پمپ داخلی	176.60 دلار
پمپ قلب خارجی	دستگاه کمکی بطن چپ	44.17 دلار
دیالیز خانگی	دستگاه های همودیالیز یا دستگاه دیالیز صفاقی خودکار - به عنوان مثال: Baxter، Gambro، Fresenius	618.31 دلار
دستگاه فتوتراپی	نور درمانی با نور آبی	1477.52 دلار
ویلچر برقی برای افراد فلج چهار اندام توجه: شامل اسکوترهای تحرک نمی شود	Zipie، Quickie و غیره	120.45 دلار
پمپ تغذیه کامل تزریقی	پمپ Volumatic پمپ Flowguard	337.26 دلار
وتیلاتورها توجه: شامل نبولایزر، مرطوب کننده یا بخارساز نمی شود	سری های LTV، Breas، PLV-100 و غیره، Iron Lung	1477.52 دلار

*لیست نام های تجاری در برابر هر دستگاه صرفاً جهت اطلاع درج شده است و جامع نیست.

رضایت برای شخص دیگری که از طرف شما عمل کند (اختیاری)

این قسمت را فقط وقتی پر کنید که بخواهید شخص دیگری از طرف شما در رابطه با این درخواست اقدام بکند.

من به ،

که با شماره تلفن یا با ایمیل

می‌توان با او تماس گرفت،

اختیار می‌دهم تا از طرف من با OECC در رابطه با این درخواست صحبت کند.

من می‌دانم که در هر زمان می‌توانم به شماره 8073 9255 (02) با OECC تماس بگیرم و از این اجازه صرف‌نظر کنم.

رضایت برای تماس (اختیاری)

من به ☐ OECC اختیار می‌دهم تا در رابطه با تجربه من برای درخواست یارانه تماس بگیرند.

تسلیم این فرم

قبل از اینکه این درخواست را بفرستید، آیا چک کرده اید که:

- تمام اطلاعاتی که ارائه کرده اید صحیح است؟
- همه قسمت های این فرم را پر کرده اید؟
- امضا کرده اید و با تمام شرایطی که در اظهاریه لیست شده است موافقت می‌کنید؟
- یک نسخه از تمام صفحات آخرین قبض انرژی تان را ضمیمه کرده اید؟

فرم تکمیل شده و امضا شده و یک کپی از آخرین قبض برق خود را به این آدرس پست کنید:

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

از منگنه یا نوار چسب بر روی اسناد استفاده نکنید.