



Έκπτωση Υποστήριξης Ζωής NNO



Έντυπο αίτησης: Νοικοκυριά ενσωματωμένου δικτύου (έμμεσης παροχής)

Το παρόν έντυπο προορίζεται για χρήση από δικαιούχα νοικοκυριά σε ενσωματωμένο δίκτυο (έμμεσης παροχής) όπως οικισμό συνταξιούχων, πάρκο τροχόσπιτων ή οικιστικό συγκρότημα με τίτλο strata.



Πώς να συμπληρώσετε αυτό το έντυπο

- Το όνομα του αιτούντος πρέπει να είναι το ίδιο με το όνομα στα εξής:
 - λογαριασμός ή τιμολόγιο ηλεκτρικού ρεύματος
 - τραπεζικός λογαριασμός.
- Η διεύθυνση πρέπει να είναι ο κύριος τόπος κατοικίας του αιτούντος.
- Χρησιμοποιήστε ΚΕΦΑΛΑΙΑ γράμματα.
- Συμπληρώστε όλες τις σελίδες.
- Το έντυπο θα πρέπει να συμπληρωθεί στα Αγγλικά.

*Πρέπει να υποβάλλετε Ιατρική Δήλωση υπογεγραμμένη από τον γιατρό σας κάθε 2 χρόνια

Στοιχεία αιτούντος

Κύριο όνομα:	
Επώνυμο:	
Όνομα κοινότητας/οικισμού ή αριθμός οικιστικού συγκροτήματος με τίτλο strata:	
Αριθμός οικήματος/ διαμερίσματος:	
Διεύθυνση οδού:	
Προάστιο:	
Ταχυδρομικός κώδικας:	
Αριθμός τηλεφώνου για επικοινωνία:	
Διεύθυνση email:	
Ταχυδρομική διεύθυνση (αν διαφέρει από την παραπάνω):	
Προάστιο:	
Ταχυδρομικός κώδικας:	

Στοιχεία τράπεζας αιτούντος

Όνομα τράπεζας:	
Όνομα λογαριασμού (π.χ. Mr S Smith):	
Αριθμός BSB	
Αριθμός λογαριασμού:	

Εάν δικαιούστε την έκπτωση, το Γραφείο Ενέργειας και Κλιματικής Αλλαγής (OECC) της NNO θα καταβάλει την έκπτωση στον λογαριασμό που έχετε παράσχει παραπάνω. Βεβαιωθείτε ότι τα στοιχεία της τράπεζας είναι σωστά. Εάν μας παράσχετε εσφαλμένα τραπεζικά στοιχεία, μπορεί να πληρώσουμε την έκπτωση σε αυτόν τον λανθασμένο λογαριασμό. Αυτό σημαίνει ότι μπορεί να μη λάβετε μια πληρωμή της έκπτωσης, εκτός εάν επιστραφούν τα χρήματα. Αυτό μπορεί να επηρεάσει το κατά πόσον δικαιούστε άλλες εκπτώσεις. Είναι εξ ολοκλήρου δική σας ευθύνη να διασφαλίσετε ότι τα τραπεζικά στοιχεία που παρέχετε σε αυτό το έντυπο είναι σωστά.

Δήλωση και εξουσιοδότηση αιτούντος

Αντιλαμβάνομαι ότι:

- Το OECC θα χρησιμοποιήσει τις Ηλεκτρονικές Υπηρεσίες Επιβεβαίωσης του Centrelink για να επαληθεύσει την επιλεξιμότητά μου για την έκπτωση.
- Πρέπει να συμπεριλάβω ένα αντίγραφο του πιο πρόσφατου ενεργειακού λογαριασμού/τιμολογίου μου με αυτήν την αίτηση.
- Είναι δική μου ευθύνη να διασφαλίσω ότι όλες οι πληροφορίες που παρέχονται σε αυτή την αίτηση είναι, από ό,τι γνωρίζω, αληθείς και σωστές και θα ειδοποιήσω το OECC για τυχόν αλλαγές στα στοιχεία μου.
- Μπορεί να απαιτηθεί να παράσχω πρόσθετες πληροφορίες σχετικά με την επιλεξιμότητά μου.
- Μπορώ να λάβω την Έκπτωση Υποστήριξης Ζωής της NNO μόνο μία φορά ανά οικονομικό έτος, ανά τύπο εξοπλισμού.
- Υπογράφοντας αυτό το έγγραφο, μπορώ να επιβεβαιώσω ότι έχω διαβάσει και κατανοήσω την Ειδοποίηση Συλλογής Προσωπικών Δεδομένων (διαθέσιμη στο www.energy.nsw.gov.au/privacy-collection-notice).
- Σύμφωνα με τον Νόμο περί Ποινικών Αδικημάτων του 1900, η παροχή ψευδών ή παραπλανητικών πληροφοριών αποτελεί ποινικό αδίκημα.

Υπογραφή αιτούντος:

Ημερομηνία:

Ιατρική δήλωση

Στοιχεία ασθενούς

Όνομα ασθενούς που χρησιμοποιεί εξοπλισμό υποστήριξης ζωής:	
Διεύθυνση ασθενούς:	
Αριθμός επικοινωνίας ασθενούς κατά τις εργάσιμες ώρες	

- Συναινώ στην κοινοποίηση των ιατρικών μου αρχείων που σχετίζονται με αυτή την αίτηση στο OECC εάν απαιτείται στο πλαίσιο των υποχρεώσεών του για τη διαχείριση αυτής της έκπτωσης. Έχω διαβάσει και κατανοήσω την Ειδοποίηση Απορρήτου περί Συλλογής Προσωπικών Δεδομένων για Ενεργειακές Εκπτώσεις.

Υπογραφή ασθενούς:

Ημερομηνία:

Στοιχεία γιατρού

Αυτό το τμήμα πρέπει να συμπληρωθεί από τον γιατρό του ασθενούς.

Όνομα γιατρού:	
Αριθμός παρόχου:	
Όνομα υπηρεσίας όπου έγινε η ανασκόπηση της κατάστασης του ασθενούς (νοσοκομείο/κλινική/ιατρείο):	
Αριθμός τηλεφώνου της υπηρεσίας όπου έγινε η ανασκόπηση του ασθενούς (νοσοκομείο/κλινική/ιατρείο):	

Εγκεκριμένος εξοπλισμός υποστήριξης ζωής που έχει οριστεί για τον ασθενή

Ο γιατρός του ασθενούς απαιτείται να επιλέξει τα σχετικά τετραγωνάκια παρακάτω. Ανατρέξτε στη σελίδα 4 για περισσότερες πληροφορίες σχετικά με τον εγκεκριμένο εξοπλισμό υποστήριξης ζωής. Για να πληροί τα κριτήρια για την Έκπτωση Υποστήριξης Ζωής της NNO, ο ασθενής πρέπει να έχει αξιολογηθεί από εγγεγραμμένο γιατρό που να επαληθεύει ότι απαιτείται η χρήση του εγκεκριμένου εξοπλισμού υποστήριξης ζωής στον κύριο τόπο κατοικίας του.

Δήλωση γιατρού

Πιστοποιώ ότι ο ασθενής απαιτεί τη χρήση:

Σημειώστε	Εξοπλισμός	Επεξήγηση
<input type="checkbox"/>	Συμπυκνωτές οξυγόνου (συνεχούς λειτουργίας)	Το μηχάνημα χρησιμοποιείται συνεχώς για 24 ώρες το 24ωρο
<input type="checkbox"/>	Συμπυκνωτές οξυγόνου (μερικής λειτουργίας)	Το μηχάνημα χρησιμοποιείται λιγότερο από 24 ώρες το 24ωρο (μερικής λειτουργίας)
<input type="checkbox"/>	Συσκευή θετικής πίεσης αεραγωγών (συνεχούς λειτουργίας)	Το μηχάνημα χρησιμοποιείται συνεχώς για 24 ώρες το 24ωρο
<input type="checkbox"/>	Συσκευή θετικής πίεσης αεραγωγών (μερικής λειτουργίας)	Το μηχάνημα χρησιμοποιείται λιγότερο από 24 ώρες το 24ωρο (μερικής λειτουργίας)
<input type="checkbox"/>	Αντλία εντερικής σίτισης	-
<input type="checkbox"/>	Εξωτερική καρδιακή αντλία	-
<input type="checkbox"/>	Κατ' οίκον αιμοκάθαρση	-
<input type="checkbox"/>	Φωτοθεραπεία	-
<input type="checkbox"/>	Ηλεκτρικά αναπηρικά αμαξίδια	Ο ασθενής πρέπει να έχει χαρακτηριστεί ως τετραπληγικός Σημείωση: δεν περιλαμβάνονται τα σκούτερ κινητικότητας
<input type="checkbox"/>	Αντλία ολικής παρεντερικής διατροφής	-
<input type="checkbox"/>	Αναπνευστήρες	Σημείωση: δεν περιλαμβάνονται οι νεφελοποιητές, υγραντήρες ή εξατμιστήρες

Δηλώνω ότι όλες οι πληροφορίες που παρασχέθηκαν σ' αυτή την αίτηση είναι, από ό,τι γνωρίζω, αληθείς και ορθές.

Συναινώ να επικοινωνήσει το OECC μαζί μου για να επιβεβαιώσει την ακρίβεια των προσωπικών δεδομένων και των πληροφοριών υγείας που παρασχέθηκαν σε αυτό το έντυπο.

Υπογραφή γιατρού:

Ημερομηνία:

Εγκεκριμένος εξοπλισμός υποστήριξης ζωής

Τύπος εξοπλισμού	Παραδείγματα εξοπλισμού*	Ετήσια έκπτωση
Συμπυκνωτές οξυγόνου (συνεχούς λειτουργίας)	Devilbiss κτλ	\$1.248,67 (το μηχάνημα πρέπει να χρησιμοποιείται συνεχώς για 24 ώρες το 24ωρο)
Συμπυκνωτές οξυγόνου (μερικής λειτουργίας)	Devilbiss κτλ	\$742,78 (το μηχάνημα χρησιμοποιείται για λιγότερο από 24 ώρες το 24ωρο)
Συσκευή θετικής πίεσης αεραγωγών (συνεχούς λειτουργίας)	Συνεχής θετική πίεση αεραγωγών, δύο επιπέδων ή μεταβλητή θετική πίεση αεραγωγών	\$285,07 (το μηχάνημα πρέπει να χρησιμοποιείται συνεχώς για 24 ώρες το 24ωρο)
Συσκευή θετικής πίεσης αεραγωγών (μερικής λειτουργίας)	Συνεχής θετική πίεση αεραγωγών, δύο επιπέδων ή μεταβλητή θετική πίεση αεραγωγών	\$144,54 (το μηχάνημα χρησιμοποιείται για λιγότερο από 24 ώρες το 24ωρο)
Αντλία εντερικής σίτισης	Ηλεκτρονική αντλία Kangaroo ePump Companion–Abbott, Εντερική Αντλία Flexiflow Patrol	\$176,66
Εξωτερική καρδιακή αντλία	Συσκευή υποβοήθησης αριστερής κοιλίας καρδιάς	\$44,17
Κατ' οίκον αιμοκάθαρση	Μηχανήματα αιμοκάθαρσης ή αυτοματοποιημένης κυκλικής περιτοναϊκής κάθαρσης – για παράδειγμα Fresenius, Gambro, Baxter	\$618,31
Εξοπλισμός φωτοθεραπείας	Θεραπεία με μπλε φως	\$1.477,52
Ηλεκτρικά αναπηρικά αμαξίδια για τετραπληγικούς Σημείωση: δεν περιλαμβάνονται τα σκούτερ κινητικότητας	Quickie, Zipie, κτλ.	\$120,45
Αντλία ολικής παρεντερικής διατροφής	Αντλία Volumatic, αντλία Flowguard	\$337,26
Αναπνευστήρες Σημείωση: δεν περιλαμβάνονται οι νεφελοποιητές, υγραντήρες ή εξατμιστήρες	Σειρά LTV, Breas, PLV-100 κτλ, Iron Lung	\$1.477,52

*Ο κατάλογος εμπορικών ονομασιών δίπλα σε κάθε είδος εξοπλισμού έχει συμπεριληφθεί μόνο για ενημέρωση και δεν είναι εξαντλητικός.

Συναίνεση για να ενεργεί ένα άτομο εκ μέρους σας (προαιρετικό)

Συμπληρώστε αυτό το τμήμα μόνο εάν θέλετε να ενεργεί κάποιος εκ μέρους σας σε σχέση με αυτή την αίτηση.

Εξουσιοδοτώ τον/την [redacted], με τον οποίο/την οποία μπορείτε

να επικοινωνήσετε τηλεφωνικώς στον αριθμό [redacted] ή μέσω

ηλεκτρονικού ταχυδρομείου στο [redacted]

να μιλήσει στο OECC για λογαριασμό μου όσον αφορά την αίτηση αυτή.

Κατανόω ότι μπορώ να αποσύρω αυτή τη συγκατάθεση ανά πάσα στιγμή επικοινωνώντας με το OECC στο (02) 8073 9255.

Συναίνεση για επικοινωνία (προαιρετικό)

Συναίνω να επικοινωνήσει το OECC μαζί μου σχετικά με την εμπειρία μου κατά την υποβολή αίτησης για την έκπτωση.

Υποβολή του παρόντος εντύπου

Πριν στείλετε αυτή την αίτηση έχετε:

- Επαληθεύσει ότι όλα τα στοιχεία που έχετε παράσχει είναι σωστά;
- Συμπληρώσει όλα τα τμήματα αυτού του εντύπου;
- Υπογράψει και συμφωνήσει με όλους τους όρους που αναγράφονται στη δήλωση;
- Επισυνάψει αντίγραφο όλων των σελίδων του πιο πρόσφατου ενεργειακού σας λογαριασμού;

Ταχυδρομήστε το συμπληρωμένο και υπογεγραμμένο έντυπο και ένα αντίγραφο του πιο πρόσφατου ενεργειακού σας λογαριασμού:

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

Μη χρησιμοποιείτε συνδετήρες ή κολλητική ταινία σε έγγραφα.