



# Bonus energia per utenti di apparecchiature mediche vitali



Modulo di domanda: Nuclei domestici in reti incorporate (rivenditrici di energia)

Questo modulo deve essere usato da nuclei domestici in reti incorporate (rivenditrici di energia) come una struttura per anziani, un camping per roulotte o un condominio.



## Come compilare questo modulo

- Il nome del richiedente deve corrispondere al nome:
  - bolletta o fattura dell'elettricità
  - sul conto bancario.
- L'indirizzo deve essere il principale luogo di dimora del richiedente.
- Usa lettere MAIUSCOLE.
- Compila tutte le pagine.
- Il modulo deve essere compilato in inglese.

\*Devi presentare una Dichiarazione Medica firmata dal tuo operatore sanitario ogni 2 anni.

## Particolari del richiedente

<b>Prenome:</b>	
<b>Cognome:</b>	
<b>Nome della struttura sociale/per anziani o numero del condominio (strata plan number):</b>	
<b>Sede/numero dell'appartamento:</b>	
<b>Indirizzo stradale:</b>	
<b>Sobborgo:</b>	
<b>Codice postale:</b>	
<b>Recapito telefonico:</b>	
<b>Recapito di posta elettronica:</b>	
<b>Recapito postale (se diverso da quello residenziale):</b>	
<b>Sobborgo:</b>	
<b>Codice postale:</b>	

## Coordinate bancarie del richiedente

Nome della banca:	
Nome del conto (es. Mr S Smith):	
Codice BSB:	
Numero del conto:	

Se hai diritto al bonus, il NSW Office of Energy and Climate Change (OECC) verserà il relativo importo sul conto da te indicato sopra. Controlla che le coordinate bancarie siano corrette. Se ci fornisci coordinate errate potremmo versare l'importo sul conto con tali coordinate. Ne consegue che potresti non ricevere il bonus a meno che i fondi non vengano stornati dal conto sbagliato. Questo potrebbe avere ripercussioni sul tuo diritto a ulteriori bonus. La responsabilità di controllare che le coordinate bancarie indicate sul modulo siano corrette è interamente tua.

## Dichiarazione del richiedente e delega

- Prendo atto che:
- L'OECC userà i Confirmation eServices del Centrelink per verificare il mio diritto al bonus.
- Devo allegare a questa domanda una copia della mia più recente bolletta/fattura energetica.
- È mia responsabilità controllare che tutte le informazioni fornite in questa domanda siano, per quanto di mia conoscenza, corrette e veritiere e comunicherò all'OECC eventuali cambiamenti alle informazioni da me fornite.
- Potrei essere tenuto a fornire ulteriori informazioni in merito al mio diritto al bonus.
- Posso ricevere il bonus, cioè il NSW Life Support Rebate, una sola volta in un anno fiscale per ogni tipo di apparecchiatura.
- Firmando questo documento, confermo di aver letto e compreso l'informativa in materia di privacy (Privacy Collection Notice) (disponibile sul sito [www.energy.nsw.gov.au/privacy-collection-notice](http://www.energy.nsw.gov.au/privacy-collection-notice)).
- È un reato ai sensi della *Crimes Act 1900* fornire informazioni false o ingannevoli.

Firma del richiedente:

Data:

## Dichiarazione medica

### Particolari del paziente

Nome del paziente che usa le apparecchiature mediche vitali:	
Indirizzo del paziente:	
Numero di contatto del paziente durante il giorno:	

- Acconsento al rilascio all'OECC dei miei dati di natura medica relativi a questa domanda se ciò rientra nella responsabilità di tale organo relativamente all'erogazione del bonus. Ho letto e compreso la relativa informativa in materia di privacy (Energy Rebates Privacy Collection Notice).

Firma del paziente:

Data:

## Particolari dell'operatore sanitario

Questa sezione deve essere compilata dall'operatore sanitario del paziente.

Nome dell'operatore sanitario:	
Numero dell'operatore sanitario:	
Nome del luogo dove il paziente è stato visitato (ospedale/centro medico/ambulatorio):	
Numero telefonico del luogo dove il paziente è stato visitato (ospedale/centro medico/ambulatorio):	

## Apparecchiature mediche vitali approvate e prescritte al paziente

L'operatore sanitario del paziente è tenuto a selezionare la casella o le caselle qui sotto. Cfr. pagina 4 per maggiori informazioni su apparecchiature mediche vitali approvate. Per soddisfare i requisiti ai fini del bonus (NSW Life Support Rebate), il paziente deve essere stato visitato da un operatore sanitario abilitato per verificare che l'uso delle apparecchiature mediche vitali approvate sia necessario presso il principale luogo di residenza del paziente.

### Dichiarazione del medico

Dichiaro che il paziente richiede l'uso di:

Casella da spuntare	Apparecchiatura	Requisiti relativi all'uso
<input type="checkbox"/>	Concentratori di ossigeno (a tempo pieno)	La macchina viene usata continuamente 24 ore al giorno
<input type="checkbox"/>	Concentratori di ossigeno (part-time)	La macchina viene usata per meno di 24 ore al giorno (part-time)
<input type="checkbox"/>	Macchina a pressione positiva continua delle vie aeree (a tempo pieno)	La macchina viene usata continuamente 24 ore al giorno
<input type="checkbox"/>	Macchina a pressione positiva continua delle vie aeree (part-time)	La macchina viene usata per meno di 24 ore al giorno (part-time)
<input type="checkbox"/>	Pompa di alimentazione enterale	-
<input type="checkbox"/>	Pompa cardiaca esterna	-
<input type="checkbox"/>	Dialisi a domicilio	-
<input type="checkbox"/>	Fototerapia	-
<input type="checkbox"/>	Sedie a rotelle elettriche	Il paziente deve essere classificato come quadriplegico <b>N.B.:</b> non include scooter per mobilità
<input type="checkbox"/>	Pompa di alimentazione parenterale totale	-
<input type="checkbox"/>	Ventilatori/Respiratori	<b>N.B.:</b> non include nebulizzatori, umidificatori o vaporizzatori

Dichiaro che tutte le informazioni fornite in questa domanda sono, per quanto di mia conoscenza, veritiere e corrette.

Acconsento a che l'OECC mi contatti per confermare la correttezza dei dati personali e sanitari forniti in questo modulo.

Firma del medico:

Data:

## Apparecchiatura medica vitale approvata

Tipo di apparecchiatura	Esempi di apparecchiature*	Bonus annuale
Concentratori di ossigeno (a tempo pieno)	Devilbiss ecc.	\$1.248,67 (la macchina deve essere usata continuamente 24 ore al giorno)
Concentratori di ossigeno (part-time)	Devilbiss ecc.	\$742,78 (la macchina viene usata per meno di 24 ore al giorno)
Macchina a pressione positiva continua delle vie aeree (a tempo pieno)	Pressione positiva continua delle vie aeree, bifasica o pressione positiva variabile delle vie aeree	\$285,07 (la macchina deve essere usata continuamente 24 ore al giorno)
Macchina a pressione positiva continua delle vie aeree (part-time)	Pressione positiva continua delle vie aeree, bifasica o pressione positiva variabile delle vie aeree	\$144,54 (la macchina viene usata per meno di 24 ore al giorno)
Pompa di alimentazione enterale	Kangaroo ePump Companion–Abbott Pompa enterale Flexiflow Patrol	\$176,66
Pompa cardiaca esterna	Dispositivo di assistenza ventricolare sinistra	\$44,17
Dialisi a domicilio	Emodialisi o macchine peritoneali automatiche cycler – ad esempio: Fresenius, Gambro, Baxter	\$618,31
Apparecchiature per la fototerapia	Terapia della luce azzurra	\$1.477,52
Sedie a rotelle elettriche per quadriplegici N.B.: non include scooter per mobilità	Quickie, Zippie, ecc.	\$120,45
Pompa di alimentazione parenterale totale	Pompa Volumatic, pompa Flowguard	\$337,26
Ventilatori/Respiratori N.B.: non include nebulizzatori, umidificatori o vaporizzatori	Serie LTV, Breas, PLV-100 ecc., polmone d'acciaio	\$1.477,52

\*L'elenco delle marche commerciali accanto a ogni apparecchiatura è stato incluso solo a scopo informativo e non è esaustivo.

## Consenso a che un'altra persona agisca per tuo conto (facoltativo)

Compila questa sezione solo se desideri che un'altra persona agisca per tuo conto in merito a questa domanda.

Autorizzo

[redacted], che può essere

contattato/a telefonicamente al numero

mail al recapito

[redacted] o inviando una

[redacted] perché parli con l'OECC per mio conto in merito a questa domanda.

**Prendo atto che posso ritirare il mio consenso in qualsiasi momento contattando l'OECC al numero (02) 8073 9255.**

## Consenso a contattarmi (facoltativo)

Acconsento a che l'OECC mi contatti in merito alla mia esperienza nel presentare domanda per il bonus.

## Presentazione di questo modulo

- Prima di inviare questa domanda hai:
- Verificato che tutti i dati da te forniti siano corretti?
- Compilato tutte le sezioni di questo modulo?
- Firmato e acconsentito alle condizioni elencate nella dichiarazione?
- Allegato una copia di tutte le pagine della tua più recente bolletta energetica?

Invia per posta il modulo debitamente compilato e una copia della tua più recente bolletta dell'elettricità a:

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

Non usare graffette o nastro adesivo sui documenti.