



एन.एस.डब्ल्यू. जीवन सहायता छुट



आवेदन फारम: सामुहिक आपूर्ति नेटवर्क (embedded network (on-supply)) घरपरिवारहरू

यो फारम रिटायरमेन्ट भिलेज, क्याराभान पार्क वा स्ट्राटा योजना जस्ता सामुहिक आपूर्ति नेटवर्क (embedded network (on-supply)) मा भएका योग्य घरपरिवारहरूले प्रयोग गर्नुपर्ने छ।



यो फारम कसरी भर्ने

- आवेदकको नाम अनिवार्य रूपमा निम्नमा नामसँग मिल्नु पर्दछ:
 - बिजुली बिल वा बिजक
 - बैंक खाता।
- उपलब्ध गराईएको ठेगाना आवेदकको प्रमुख निवास स्थान हुनुपर्दछ।
- टूला (CAPITAL) अक्षरहरूमा लेख्नुहोस्।
- सबै पेजहरू पूरा भर्नुहोस्।
- यो फारम अंग्रेजीमा भर्नु पर्नेछ।

*तपाईंले हरेक 2 वर्षमा आफ्नो चिकित्सा व्यवसायीले दस्तखत गरेको चिकित्सा घोषणा बुझाउनु पर्ने छ।

आवेदकको विवरणऽ

नाम:	
थर:	
समुदाय/गाउँको नाम वा स्ट्राटा योजना नम्बर:	
साइट/एकाइ नम्बर:	
स्ट्रिट ठेगाना:	
सव्अर्ब:	
पोस्टकोड:	
सम्पर्क फोन नम्बर:	
इमेल ठेगाना:	
हुलाक ठेगाना (यदि माथिकोभन्दा फरक भएमा):	
सव्अर्ब:	
पोस्टकोड:	

आवेदकको बैंक विवरण

बैंकको नाम:	
खातामा भएको नाम (उदाहरणका लागि Mr S Smith):	
बि.एस.बि. (BSB) नम्बर:	
खाता नम्बर:	

यदि तपाईं छूटको लागि योग्य हुनुभएमा, एन.एस.डब्ल्यू. ऊर्जा तथा जलवायु परिवर्तनको कार्यालय (NSW Office of Energy and Climate Change; OECC (ओ.ई.सी.सी.)) ले तपाईंले माथि दिनुभएको खातामा छूट (rebate) रकम भुक्तानी गर्नेछ। कृपया बैंक विवरण ठिक छ भन्ने सुनिश्चित गर्नुहोस्। यदि तपाईंले हामीलाई गलत बैंक विवरणहरू उपलब्ध गराउनुभएमा, हामीले त्यो खातामा छूट रकम भुक्तानी गर्नसक्ने हुन्छ। यसको मतलब तपाईंले सो रकम फिर्ता नहुन्जेल छूट प्राप्त गर्न सक्नुहुन्न। यसले अन्य छूटहरूका लागि तपाईंको योग्यतालाई प्रभाव पार्न सक्छ। यो फारममा तपाईंले उपलब्ध गराउनु भएका बैंक विवरणहरू सही छ भनेर सुनिश्चित गर्नु पूर्ण रूपमा तपाईंको जिम्मेवारी हो।

आवेदकको घोषणा र प्रमाणिकताको विवरण

मैले यो बुझ्नेको छु कि:

- ओ.ई.सी.सी. (OECC)ले छूटको लागि मेरो योग्यता प्रमाणित गर्न सेन्टरलिङ्क कन्फर्मेशन ईसर्विसहरू (Centrelink Confirmation eServices) को प्रयोग गर्नेछ।
- मैले यो आवेदनसँग मेरो सबैभन्दा नयाँ ऊर्जा बिल/ बिजकको प्रतिलिपि समावेश गर्नुपर्छ।
- यस आवेदनमा उपलब्ध गराईएका सबै जानकारीहरू, मैले जानेबुझेसम्म, सत्य र ठिक छन् भन्ने सुनिश्चित गर्नु मेरो जिम्मेवारी हो र म मेरो विवरणमा हुने कुनै पनि परिवर्तनको बारे ओ.ई.सी.सी. लाई सूचित गर्नेछु।
- मैले आफ्नो योग्यता प्रमाणित गर्न थप जानकारी प्रदान गर्नुपर्ने हुन सक्दछ।
- मैले एउटा आर्थिक वर्षमा प्रत्येक उपकरणको लागि एक पटक मात्र एन.एस.डब्ल्यू. जीवन सहायता छूट प्राप्त गर्न सक्छु।
- यस आवेदनपत्रमा हस्ताक्षर गरेर मैले गोपनीयता संकलन सूचना (www.energy.nsw.gov.au/privacy-collection-notice मा उपलब्ध) पढेको छु र बुझ्नेको छु भन्ने पुष्टि गर्दछु।
- गलत वा भ्रामक जानकारी दिनु *Crimes Act 1900* (अपराध ऐन सन् १९००) अन्तर्गत फौजदारी अपराध हो।

आवेदकको हस्ताक्षर:

मिति:

चिकित्सा घोषणा

बिरामीको विवरण

जीवन सहायक उपकरण प्रयोग गर्ने बिरामीको नाम:	
बिरामीको ठेगाना:	
बिरामीको दिउँसोको सम्पर्क नम्बर:	

- यदि यो छूटको व्यवस्थापन गर्ने ओ.ई.सी.सी. (OECC) को जिम्मेवारीको रूपमा यो आवेदनसँग सरोकार भएका मेरो मेडिकल तथ्यांकहरू ओ.ई.सी.सी. लाई उपलब्ध गराउनु आवश्यक परेमा त्यसको लागि म सहमति दिन्छु। मैले ऊर्जा छूट गोपनीय संकलन सूचना (Energy Rebates Privacy Collection Notice) पढेको र बुझ्नेको छु।

बिरामीको हस्ताक्षर:

मिति:

चिकित्सा व्यवसायीको विवरण

यो खण्ड बिरामीको चिकित्सा व्यवसायीद्वारा पूरा गरिनु पर्छ।

व्यवसायीको नाम:	
प्रदायक नम्बर:	
बिरामीको पुनरावलोकन गरिएको ठाउँको नाम (अस्पताल/क्लिनिक/प्रयाक्टिस):	
बिरामीको पुनरावलोकन गरिएको ठाउँको फोन नम्बर (अस्पताल/क्लिनिक/प्रयाक्टिस):	

बिरामीको लागि निर्धारित स्वीकृत जीवन सहायक उपकरण

बिरामीको चिकित्सकले निम्न उल्लेख भएका सान्दर्भिक चेक बक्स/ हरु छात्रुपर्ने हुन्छ। स्वीकृत जीवन सहायक उपकरण (life support equipment) को बारेमा थप जानकारीको लागि पृष्ठ 4 हेर्नुहोस्। एन.एस.डब्ल्यू. जीवन सहायता छूटको मापदण्ड पूरा गर्नका निम्ति रजिष्टर्ड चिकित्सक पेशाकर्मीद्वारा बिरामीको मूल्याङ्कन गरिएको हुनुपर्छ ताकि त्यसले बिरामीको मुख्य निवास स्थानमा स्वीकृत जीवन सहायक उपकरणको प्रयोग आवश्यक छ भन्ने प्रमाणित गरोस्।

चिकित्सा व्यवसायीको घोषणा

म प्रमाणित गर्दछु कि बिरामीलाई निम्न कुराको प्रयोगको आवश्यकता छ:

चेक बक्स	उपकरण	योग्यता
<input type="checkbox"/>	अक्सिजन कन्सन्ट्रटर (फूल-टाइम)	मेशिन दिनको 24 घण्टा लगातार प्रयोग गरिन्छ
<input type="checkbox"/>	अक्सिजन कन्सन्ट्रटर (पार्ट-टाइम)	मेशिन दिनको 24 घण्टा भन्दा कम प्रयोग गरिन्छ (पार्ट-टाइम)
<input type="checkbox"/>	पोजेटिभ वायुमार्ग दबाव उपकरण (फूल-टाइम)	मेशिन दिनको 24 घण्टा लगातार प्रयोग गरिन्छ
<input type="checkbox"/>	सकारात्मक वायुमार्ग दबाव उपकरण (पार्ट-टाइम)	मेशिन दिनको 24 घण्टा भन्दा कम प्रयोग गरिन्छ (पार्ट-टाइम)
<input type="checkbox"/>	एन्टरल फिडिङ पम्प	-
<input type="checkbox"/>	बाह्य हृदय पम्प	-
<input type="checkbox"/>	होम डायलिसिस	-
<input type="checkbox"/>	फोटोथेरापी	-
<input type="checkbox"/>	पावर व्हीलचेयर	बिरामीलाई क्वाड्रिप्लेजिक भनेर वर्गीकृत गरिएको हुनुपर्छ नोट: मोबिलिटी स्कुटर समावेश हुँदैन
<input type="checkbox"/>	कुल प्यारेन्टेरल पोषण पम्प	-
<input type="checkbox"/>	भेन्टिलेटरहरू	नोट: नेबुलाइजर, ह्युमिडिफायर वा भेपोराइजरहरू समावेश हुँदैनन्

म घोषणा गर्दछु कि यस आवेदनमा उल्लेख भएका सबै जानकारी, मैले जाने बुझ्नेसम्म सत्य र सही छन्।

यस फारममा प्रदान गरिएको व्यक्तिगत र स्वास्थ्य जानकारीको सत्यताको पुष्टि गर्नका निम्ति ओ.ई.सि.सि. (OECC) ले मलाई सम्पर्क गर्नेमा मेरो सहमती छ।

चिकित्सा व्यवसायीको हस्ताक्षर:

मिति:

स्वीकृत लाइफ सपोर्ट उपकरण

उपकरणको प्रकार	उपकरणको उदाहरणहरू*	वार्षिक छुट
अक्सिजन कन्सन्ट्रेटर (फुल-टाइम)	डेभिलबिस आदि	\$1,248.67 (मेशिनलाई दिनको 24 घण्टा लगातार प्रयोग गर्नुपर्छ)
अक्सिजन कन्सन्ट्रेटर (पार्ट-टाइम)	डेभिलबिस आदि	\$742.78 (मेशिन दिनको 24 घण्टा भन्दा कमको लागि प्रयोगमा आँउछ)
सकारात्मक वायुमार्ग दबाव उपकरण (फुल-टाइम)	निरन्तर सकारात्मक वायुमार्ग दबाव, बाइलेभल वा परिवर्तनशील पोजिटिभ वायुमार्ग दबाव	\$285.07 (मेशिनलाई दिनको 24 घण्टा लगातार प्रयोग गर्नुपर्छ)
सकारात्मक वायुमार्ग दबाव उपकरण (पार्ट-टाइम)	निरन्तर सकारात्मक वायुमार्ग दबाव, बाइलेभल वा परिवर्तनशील पोजिटिभ वायुमार्ग दबाव	\$144.54 (मेशिन दिनको 24 घण्टा भन्दा कमको लागि प्रयोगमा आँउछ)
एन्टरल फिडिङ पम्प	कङ्गारू ईपम्प कम्पेनियन _ एब्सट फ्लेक्सिफ्लो प्याट्रोल एन्टरल पम्प	\$176.66
बाह्य हृदय पम्प	बायाँ भेन्ट्रिकुलर सहायता यन्त्र	\$44.17
होम डाइलिसिस	हेमोडाइलिसिस वा पेरिटोनियल अटोमेटेड साइक्लर मेशिनहरू – उदाहरणका लागि: फ्रेसेनियस, ग्याम्ब्रो, ब्याक्सटर	\$618.31
फोटोथेरापी उपकरण	ब्लू लाइट थेरापी	\$1,477.52
क्वाड्रिप्लेजिकहरूका लागि पावर ह्वीलचेयर नोट: मोबिलिटी स्कुटर समावेश हुँदैन	क्विकी, जिप्पी, आदि।	\$120.45
कुल प्यारेन्टेरल पोषण पम्प	भलुमेटिक पम्प फ्लोगार्ड पम्प	\$337.26
भेन्टिलेटरहरू नोट: नेबुलाइजर, ह्युमिडिफायर वा भेपोराइजरहरू समावेश हुँदैनन्	एल.टि.भी. सिरिज, ब्रीस, पि.एल.भि-100 आदि, आइरन लङ्ग	\$1,477.52

*उपकरणका हरक प्रकारहरूमा उल्लिखित ब्रान्डका नामहरूको सूची केवल जानकारीको लागि मात्र समावेश गरिएको हो र यो पूर्ण छैन।

तपाईंको पक्षमा कार्य गर्नको लागि अन्य व्यक्तिलाई मन्जुरीनामा (स्वेच्छिक)

यदि तपाईं यस आवेदनको सम्बन्धमा तपाईंको लागि कार्य गर्न अन्य कसैलाई नियुक्त गर्ने भए मात्र यो खण्ड भर्नुहोस्।

म [REDACTED] लाई,

फोन मार्फत [REDACTED] मा वा

इमेल मार्फत [REDACTED]

मा सम्पर्क गर्न सकिने, यस आवेदनको सम्बन्धमा मेरो पक्षमा OECC सँग कुरा गर्न अधिकार प्रदान गर्दछु।

मैले बुझेको छु कि मैले (02) 8073 9255 मा OECC लाई सम्पर्क गरेर कुनै पनि समयमा यो मन्जुरी फिर्ता लिन सक्छु।

सम्पर्क गर्न मन्जुरी (स्वेच्छिक)

म OECC लाई छुटको लागि आवेदन दिँदाको मेरो अनुभवको बारेमा मलाई सम्पर्क गर्न मन्जुरी दिँन्छु।

यो फारम कसरी बुझाउने

तपाईंले यो आवेदन फारम बुझाउनु अघि के तपाईंले:

- उपलब्ध गराउनुभएका सबै विवरणहरू सही छन् भन्ने सुनिश्चित गर्नुभयो?
- यो फारमका सबै खण्डहरू भर्नुभयो?
- घोषणापत्रमा उल्लेखित सबै शर्तहरूमा हस्ताक्षर र सहमति दिनुभयो?
- तपाईंको सबैभन्दा नयाँ ऊर्जा बिलको सबै पेजहरूको प्रतिलिपि संलग्न गर्नुभयो?

हस्ताक्षर गरिएको पूर्णरूपमा भरेको फारम र तपाईंको सबैभन्दा नयाँ बिजुलीको बिलको प्रतिलिपि निम्न ठेगानामा हुलाकद्वारा पठाउनुहोस्:

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

संलग्न कागजातहरूमा स्टेपल (staples) वा टाँसिने टेपको प्रयोग नगर्नुहोस्।