



Descuento de NSW para soporte vital



Formulario de solicitud: Hogares con suministro cobrado por la administración (red integrada)

Este formulario es para los hogares que reúnen las condiciones y que forman parte de una red integrada (suministro cobrado) como un complejo residencial para jubilados, parque de casas rodantes o consorcio residencial.



Cómo rellenar este formulario

- El nombre del/la solicitante debe corresponder con el nombre que aparece en:
 - cuenta o factura de electricidad
 - la cuenta de banco.
- La dirección debe ser el lugar de residencia principal del/la solicitante.
- Use letras MAYÚSCULAS.
- Rellene todas las páginas.
- Rellene el formulario en inglés

*Debe presentar una Declaración médica firmada por su médico cada dos años.

Datos del/la solicitante

Nombre:	
Apellido:	
Nombre de la comunidad/ complejo residencial o número del consorcio:	
Número del sitio/unidad:	
Dirección:	
Barrio/Suburbio:	
Código postal:	
Número de teléfono:	
Dirección electrónica:	
Dirección postal (si fuera diferente de la indicada arriba):	
Barrio/Suburbio:	
Código postal:	

Datos bancarios del/la solicitante

Nombre del banco:	
Nombre de la cuenta (p.ej. Mr. S Smith):	
Número BSB:	
Número de cuenta:	

Si usted reúne las condiciones para recibir el descuento, la NSW Office of Energy and Climate Change (Oficina de energía y cambio climático de NSW, OECC) depositará el descuento en la cuenta cuyos datos proporcionó aquí arriba. Verifique los datos de la cuenta para cerciorarse de que sean correctos. Si usted proporciona datos de banco incorrectos, tal vez depositemos el descuento en esa cuenta. Ello implica que usted no recibirá el descuento a menos de que se devuelvan los fondos. Esto podría afectar su elegibilidad para otros descuentos. Es la responsabilidad de usted asegurarse de que los datos de la cuenta de banco que proporcione en este formulario sean los correctos.

Declaración del/la solicitante y declaración de autorización

Comprendo que:

- La OECC utilizará Centrelink Confirmation eServices (los servicios electrónicos de confirmación de Centrelink) para verificar que yo cumplo con los requisitos para el descuento.
- Debo incluir una copia de mi cuenta/factura de energía más reciente con esta solicitud.
- Es mi responsabilidad asegurarme de que toda la información suministrada en esta solicitud es, a mi leal saber y entender, veraz y correcta, y notificar a la OECC de cualquier cambio que ocurriera en mi información.
- Es posible que se me pida que proporcione información adicional acerca de cómo reúno los requisitos.
- Solo puedo recibir el descuento de NSW para soporte vital una vez por ejercicio financiero y por tipo de equipo.
- Al firmar este documento, puedo confirmar que he leído y comprendido el Aviso de privacidad sobre la colecta de información (disponible en www.energy.nsw.gov.au/privacy-collection-notice).
- La *Crimes Act 1900* (Ley penal de 1900) dispone que proporcionar información falsa o engañosa es un delito.

Firma del/la solicitante:

Fecha:

Declaración médica

Datos del paciente

Nombre del/la paciente que usa el equipo de soporte vital:	
Dirección del/la paciente:	
Número de contacto diurno del/la paciente:	

Doy mi consentimiento para que se divulgue mi historia clínica pertinente a esta solicitud a la OECC si la necesitara como parte de su responsabilidad en la administración de este descuento. He leído y comprendido el Aviso de privacidad sobre la colecta de información para los descuentos de energía.

Firma del paciente:

Fecha:

Datos del médico

Esta sección debe ser rellenada por el médico del/la paciente.

Nombre del médico:	
Número de proveedor:	
Nombre del lugar donde se examinó al paciente (hospital/clínica/consultorio):	
Número de teléfono del lugar donde se examinó al paciente (hospital/clínica/consultorio):	

Equipo aprobado de soporte vital recetado al/la paciente

El médico del/la paciente deberá seleccionar el/los casillero/s pertinentes aquí abajo. Véase la página 4 para obtener más información sobre el equipo de soporte vital aprobado. Para satisfacer los requisitos para este descuento, el/la paciente debe haber sido examinado/a por un médico registrado que verifique que el/la paciente necesita usar el equipo de soporte vital aprobado en su residencia principal.

Declaración del médico

Certifico que el/la paciente necesita usar:

Marque el casillero	Equipo	Cualificaciones
<input type="checkbox"/>	Concentradores de oxígeno (todo el tiempo)	La máquina se utiliza continuamente las 24 horas
<input type="checkbox"/>	Concentradores de oxígeno (parte del tiempo)	La máquina se utiliza menos de 24 horas al día (parte del tiempo)
<input type="checkbox"/>	Dispositivo de presión para las vías respiratorias (todo el tiempo)	La máquina se utiliza continuamente las 24 horas
<input type="checkbox"/>	Dispositivo de presión para las vías respiratorias (parte del tiempo)	La máquina se utiliza menos de 24 horas al día (parte del tiempo)
<input type="checkbox"/>	Bomba de alimentación enteral	-
<input type="checkbox"/>	Bomba cardíaca externa	-
<input type="checkbox"/>	Diálisis domiciliaria	-
<input type="checkbox"/>	Fototerapia	-
<input type="checkbox"/>	Sillas de ruedas eléctricas	El/la paciente debe tener clasificación de tetraplégico Nota: no incluye los escúters de movilidad
<input type="checkbox"/>	Bomba de nutrición parenteral total	-
<input type="checkbox"/>	Ventiladores	Nota: No incluye los nebulizadores, humidificadores o atomizadores

Declaro que toda la información suministrada en esta solicitud es verdadera y correcta, a mi leal saber y entender.

Doy mi consentimiento para que la OECC me contacte para confirmar la exactitud de los datos personales y de salud suministrados en este formulario.

Firma del médico:

Fecha:

Equipo de soporte vital aprobado

Tipo de equipo	Ejemplos de equipo*	Descuento anual
Concentradores de oxígeno (todo el tiempo)	Devilbiss, etc	\$1248,67 (la máquina debe estar en uso continuo las 24 horas)
Concentradores de oxígeno (parte del tiempo)	Devilbiss, etc	\$742,78 (la máquina se utiliza menos de 24 horas al día)
Dispositivo de presión para las vías respiratorias (todo el tiempo)	Presión continua para las vías respiratorias, de dos niveles o variable	\$285,07 (la máquina debe estar en uso continuo las 24 horas)
Dispositivo de presión para las vías respiratorias (parte del tiempo)	Presión continua para las vías respiratorias, de dos niveles o variable	\$144,54 (la máquina se utiliza menos de 24 horas al día)
Bomba de alimentación enteral	Kangaroo ePump Companion–Abbott Flexiflow Patrol Enteral Pump	\$176,66
Bomba cardíaca externa	Dispositivo de asistencia para el ventrículo izquierdo	\$44,17
Diálisis domiciliaria	Máquinas de hemodiálisis o de diálisis peritoneal cíclica automática, por ejemplo: Fresenius, Gambro, Baxter	\$618,31
Equipo para fototerapia	Terapia con luz azul	\$1477,52
Sillas de ruedas eléctricas para tetraplégicos Nota: no incluye los escúters de movilidad	Quickie, Zippie, etc.	\$120,45
Bomba de nutrición parenteral total	Bomba Volumatic, Bomba Flowguard	\$337,26
Ventiladores Nota: No incluye los nebulizadores, humidificadores o atomizadores	Serie LTV, Breas, PLV-100, etc, Iron Lung	\$1477,52

*La lista de marcas junto a cada tipo de equipo se incluye para fines informativos únicamente, y no es una lista exhaustiva.

Consentimiento para que otra persona obre en su nombre (optativo)

Solo rellene esta sección si usted desea que otra persona obre en su nombre en relación con esta solicitud.

Autorizo a

, a quien se puede

llamar por teléfono al

o contactar por

e-mail a

para que hable con la OECC en mi nombre con respecto a esta solicitud.

Comprendo que puedo retirar este consentimiento en cualquier momento llamando a la OECC al (02) 8073 9255.

Consentimiento para el contacto (optativo)

Doy mi consentimiento para que la OECC se ponga en contacto conmigo en relación con mi experiencia con la solicitud del descuento.

Cómo presentar este formulario

Antes de enviar esta solicitud, verifique los siguientes:

- ¿Comprobó que todos los datos que suministró son correctos?
- ¿Rellenó todas las secciones de este formulario?
- ¿Firmó y dio su consentimiento para todas las condiciones que aparecen en la declaración?
- ¿Adjuntó una copia de todas las páginas de su cuenta/factura de energía más reciente?

Envíe el formulario relleno y firmado y una copia de su cuenta/factura de energía más reciente a:

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

No use grapas o cinta adhesiva en los documentos.