



新南威尔士州 医疗能源费返款



申请表: 嵌入网络商 (能源代销商) 客户

居住于由嵌入网络商 (能源代销商) 提供能源的退休村、旅行房车公园或分层管理物业等符合资格条件的家庭可以使用本申请表。

返款额

\$313.50



如何填写本申请表

- 申请人姓名必须与下列文件或登记资料所示姓名完全一致：
 - 电费账单或结算单；
 - 澳大利亚民政服务部 (Services Australia) 的客户编号 (CRN) 或退伍军人事务部 (DVA) 编号；
 - 银行账户。
- 住址必须是申请人的主要居住地点。
- 使用大写字母填写。
- 申请表的每一页均须填妥。
- 表格须用英文填写。

申请人详情

CRN编号 (民政服务部):	
DVA编号:	
名:	
姓:	
居住社区/退休村名称或分层管理物业编号:	
地号/单元号:	
路名/街名:	
区:	
邮政编码:	
联系电话:	
电邮地址:	
邮政地址 (若与以上住址不同):	
区:	
邮政编码:	

申请人银行账户资料

银行名称:	
账户名称: (例如: Mr S Smith)	
BSB号码:	
账号:	

如果你符合资格条件,新州能源和气候变化事务局 (Office of Energy and Climate Change - OECC) 会将返款存入你指定的银行账户。请确保正确填写银行账户资料。如果你向我们提供的银行信息不正确,返款可能会存入错误账户。除非已支付的钱款被退还,否则你可能无法收到应得的返款。此外,这也可能影响你申领其他返款的资格。你有责任确保在本申请表中填写的银行账户资料正确无误。

申请人声明和授权

我明白:

- OECC将使用Centrelink电子确认服务系统 (Centrelink Confirmation eServices), 核实我是否有资格申领返款。
- 我必须随本申请表附上一份最近期的能源费账单/结算单副本。
- 我有责任据我所知所信, 确保在本申请表中提供的资料真实并且正确无误。如果我的个人情况出现改变, 我有责任通知OECC。
- 我可能需要遵照要求, 就我的资格条件提供额外的信息。
- 我在每个财政年度只能收到一次新南威尔士州医疗能源费返款。
- 签署本文件即代表我确认已经阅读并理解个人信息收集通知 (Privacy Collection Notice, 全文见: www.energy.nsw.gov.au/privacy-collection-notice)。
- 《1900年刑法》(Crimes Act 1900) 规定, 提供虚假或误导信息属于刑事犯罪。

申请人签名:

日期:

医疗声明

病患详情

使用生命维持设备的病患姓名:	
病患地址:	
病患日常联系电话:	

我同意根据要求,向OECC披露与申请事务相关的本人病历记录,以便该部门履行其管理返款计划的责任。我已经阅读并理解能源费返款计划个人信息收集通知。

病患签名::

日期::

执业医师详情

本部分必须由病患的医生填写。

医生姓名：	
医生注册号码：	
病患接受评估地点 (医院/诊所)：	
病患接受评估地点 (医院/诊所) 电话：	

医疗评估

新州医疗能源费返款资格条件规定，病患必须接受已经为其提供医药治疗不少于3个月的注册执业医师诊断评估，同时医生必须确认：

- 病患无法自我调节体温；
- 病患确诊患有的一种第一类病症（共四种），同时患有的一种第二类病症（共三种）。符合条件的病症详情见列表。

执业医师声明

我证明，病患无能力自我调节体温。我为病患提供医药治疗已有至少3个月。/ 病患居住于新南威尔士州边远地区，接受皇家飞行医疗队治疗已有至少3个月。病患确诊至少患有下列一种第一类病症以及一种第二类病症：

符合条件的第一类病症(至少勾选一项)	勾选
自主神经功能紊乱(自主神经系统因严重脊髓损伤、脑卒中、脑损伤和神经退行性疾病等受到破坏而导致疾病)。	<input type="checkbox"/>
皮肤完整性受损或排汗功能丧失(例如体表有超过20%的严重烧伤、严重炎症性皮肤病和部分罕见的排汗紊乱症)。	<input type="checkbox"/>
在极端环境温度下生理功能客观化降低(例如晚期多发性硬化症)。	<input type="checkbox"/>
对极端环境温度过度敏感, 导致疼痛、其他不适增加或并发症风险增加(例如复杂的区域疼痛综合征和晚期外周血管疾病)。	<input type="checkbox"/>
符合条件的第二类病症(至少勾选一项)	勾选
严重行动障碍, 包括四肢瘫痪或高位截瘫, 特别是高于胸中水平(T7) 瘫痪, 导致交感神经系统控制丧失, 从而无法自我调节体温。	<input type="checkbox"/>
排汗、心率或血压自我调节功能显著缺失。	<input type="checkbox"/>
在极端环境温度下出现生理功能丧失或临床状况明显恶化。	<input type="checkbox"/>

我声明，本申请表中填报的所有资料，根据本人所知所信，均属真实并且准确无误。

我同意OECC可以与我联系，确认本表格中填报的个人资料以及医药治疗情况的准确性。

执业医师签名：

日期：

同意他人代表你办理申请(可选填)

如果你希望委托其他人代表你办理本申请, 请完成这一部分, 否则无需填写。

我授权

联系电话

联系电邮

可以代表我就本申请相关事务与OECC联系。

我明白, 我有权随时致电 (02) 8073 9255联系OECC, 撤销本同意。

同意联系(可选填)

我同意OECC可与我联系, 了解我办理返款申请的体验。

递交申请表

请在递交申请表前确认:

- 你提供的所有资料是否正确无误?
- 你是否已经填妥本申请表的所有部分?
- 你是否已经同意声明部分列出的所有规定并签名?
- 你是否已经完整地附上了最近期的能源账单?

请将填妥并已经签名的申请表, 连同一份最近期电力账单副本, 邮寄至:

NSW Medical Energy Rebate, PO Box 435, Parramatta NSW 2124.

请勿使用订书钉或胶带装订文件。