



新州醫療能源回扣

申請表：嵌入式網路（能源代銷商）用戶

居住於嵌入式網路（能源代銷商）例如退休村、
露營車公園或分層管理物業的合格家庭可使用本表格。

回扣金額

\$313.50



如何填寫本表格

- 申請人姓名必須與以下文件上所示姓名相符：
 - 電費單或發票；
 - 民政部 (Services Australia) 客戶參考號 (Customer Reference Number, CRN) 或退伍軍人事務部 (DVA) 編號；
 - 銀行賬戶。
- 地址必須是申請人的主要居住地。
- 使用大寫字母填寫。
- 申請表每一頁均需填寫。
- 本表格應以英文填寫

申請人詳情

民政部 CRN：	
DVA 號碼：	
名：	
姓：	
社區/退休村名稱或分層管理 物業編號：	
地段/單位編號：	
街道地址：	
地區：	
郵政編號：	
聯絡電話：	
電子郵件地址：	
郵政地址 (若與以上地址不同)：	
地區：	
郵政編號：	

申請人銀行戶口詳情

銀行名稱：	
戶口持有人姓名 (例如 S Smith 先生)：	
BSB編號：	
帳號：	

如果您合資格獲得回扣，新南威爾士州能源和氣候變化辦公室 (OECC) 會將退款存入您在以上提供的帳戶。請確保銀行戶口詳情正確。如果您向我們提供的銀行戶口詳情不正確，我們可能會將退款存入該錯誤帳戶；除非款項得以退還，否則您可能不會收到回扣。這也可能會影響您獲得其他回扣的資格。您有責任確保您在此表格上提供的銀行戶口詳情正確無誤。

申請人聲明及授權聲明

- 我明白：
- OECC 將使用 Centrelink 確認電子服務 (Centrelink Confirmation eServices) 來驗證我獲得回扣的資格。
 - 我必須在本申請表附上一份我最近的能源賬單/發票的副本。
 - 我有責任確保本申請中提供的所有信息均據我所知真實且正確，如果我的資料有任何變更，我將通知 OECC。
 - 我可能需要提供有關我的資格的其他信息。
 - 我每個財政年度只能收到一次新州醫療能源回扣。
 - 簽署本文件即表示我確認已閱讀並理解《隱私收集聲明》(Privacy Collection Notice) (見 www.energy.nsw.gov.au/privacy-collection-notice)。
 - 根據《1900 年犯罪法》，提供虛假或誤導信息屬於刑事罪行。

申請人簽名：		日期：	
--------	--	-----	--

醫療聲明

患者個人資料

使用生命支持設備患者姓名：	
患者地址：	
患者日間聯絡電話號碼：	

☐ 本人同意，如有需要可向OECC發放與此申請相關的醫療記錄，以便部門履行管理此回扣的責任。我已閱讀並瞭解能源回扣隱私收集通知。

患者簽署：		日期：	
-------	--	-----	--

執業醫師詳情

患者的執業醫師須填寫本部份。

醫師姓名：	
醫療服務提供者編號：	
患者接受評核地點 (醫院/診所)：	
患者接受評核地點電話號碼 (醫院/診所)：	

醫療評估

為符合新州醫療能源回扣的標準，患者必須由已為其診治至少 3 個月的註冊醫療專業人員評估，確認患者：

- 無法自我調節體溫，並且
- 患有病症列表中四種第一類病症的其中一種，以及三種第二類病症的其中一種。

執業醫師聲明

本人證明該患者無法自我調節體溫。我已經診治患者至少 3 個月/該患者已在新州偏遠和區域地區的皇家飛行醫生服務處接受了至少 3 個月的治療，並且患有以下列表中四種第一類病症的其中一種，以及三種第二類病症的其中一種：

合資格的第一類病症(最少選擇一項)	選框
自主神經系統功能障礙(自主神經系統受損，例如嚴重的脊髓損傷、中風、腦損傷和神經退化性疾病)。	☐
皮膚完整性受損或失去出汗能力(例如全身超過 20% 嚴重燒傷、嚴重的炎症性皮膚病和一些罕見的出汗障礙)。	☐
在極端環境溫度下生理功能客觀性降低(例如晚期多發性硬化症)。	☐
對極端環境溫度超敏反應，導致疼痛或其他不適增加或併發症風險增加(例如複雜的局部疼痛綜合症和晚期外週血管疾病)。	☐
合資格的第二類病症(最少選擇一項)	選框
嚴重行動障礙，例如四肢癱瘓或高位截癱，特別是在胸中段(T7)以上，由於交感神經系統失去控制，導致體溫自我調節出現問題。	☐
出汗、心率或血壓的自我調節能力顯著喪失。	☐
在極端環境溫度下，生理功能喪失或臨床狀況顯著惡化。	☐

- ☐ 本人聲明，本申請中提供的所有信息，據本人所知，均屬真實並且正確無誤。
- ☐ 本人同意OECC可與我聯絡，確認此表格中提供的個人和健康信息的準確性。

執業醫師簽署：

日期：

同意他人代辦申請(可選)

如果您希望委託他人代表您辦理申請，請填寫此部份，否則無需填寫。

本人授權

電話號碼

發送電子郵件至

代表我與 OECC 討論此申請。

我明白我可以隨時通過致電02 8073 9255聯絡OECC撤回此同意書。

同意聯絡(可選)

☐

我同意OECC就我申請回扣的體驗與我聯絡。

提交此表格

在發送此申請之前，您是否已：

- 確認您提供的所有詳細信息均正確無誤？
- 已填寫此表格的所有部份？
- 簽署並同意聲明中列出的所有條件？
- 附上您最近能源賬單的頁數齊全的完整副本？

請將已簽署的填妥表格和最近的電費單副本郵寄至：

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

請勿在文件上使用訂書釘或膠紙。