



یارانه انرژی پزشکی NSW

فرم درخواست: خانوار ها در شبکه مشترک (on-supply)



مقدار یارانه
\$313.50

این فرم باید توسط خانوارهای واجد شرایط در یک شبکه مشترک (on-supply) مانند دهکده بازنشستگان، کاروان پارک ها یا طرح املاک مشاع (strata) استفاده شود.

نحوه تکمیل این فرم

- نام متقاضی باید با نامی که در مدارک زیر می آید مطابقت داشته باشد:
- قبض برق یا رسید
- شماره مشتری سرویس استرالیا Centrelink (CRN) یا شماره وزارت امور سربازان قدیمی (DVA)
- حساب بانکی.
- آدرس باید محل سکونت اصلی متقاضی باشد.
- با حروف بزرگ بنویسید.
- تمام صفحات را پر کنید.
- فرم باید به انگلیسی پر شود.

مشخصات متقاضی

	شماره مشتری خدمات استرالیا (CRN):
	شماره DVA:
	نام:
	نام خانوادگی:
	نام دهکده / مجتمع یا شماره طرح مشاع (strata plan):
	شماره محل/ واحد:
	آدرس خیابان:
	محله:
	کد پستی:
	شماره تلفن تماس:
	آدرس ایمیل:
	آدرس پستی (اگر با آدرس بالا فرق دارد):
	محله:
	کد پستی:

مشخصات حساب بانکی متقاضی

نام بانک:	
نام صاحب حساب (مثلا Mr S Smith)	
شماره BSB:	
شماره حساب:	

اگر واجد شرایط یارانه باشید، دفتر انرژی و تغییرات آب و هوایی NSW (OECC) یارانه را به حسابی که در بالا ارائه کرده اید پرداخت می‌کند. لطفاً از صحت اطلاعات بانکی اطمینان حاصل کنید. اگر جزئیات بانکی نادرستی را به ما ارائه دهید، ممکن است یارانه را به آن حساب پرداخت کنیم. این بدان معنی است که شما ممکن است پرداختی یارانه را دریافت نکنید مگر اینکه وجوه برگردانده شود. این کار ممکن است روی شایستگی شما برای یارانه‌های دیگر تأثیر بگذارد. مسئولیت این کاملاً با شماست که از درستی مشخصات بانکی که در این فرم ارائه می‌کنید اطمینان حاصل کنید.

اظهاریه متقاضی و ابلاغ مجوز

من درک می‌کنم که:

- OECC برای تأیید واجد شرایط بودن من برای یارانه از خدمات الکترونیکی تصدیق Centrelink (Centrelink Confirmation eServices) استفاده خواهد کرد.
- من باید یک کپی از آخرین صورتحساب/قبض انرژی خود را با این درخواست ضمیمه کنم.
- این مسئولیت من است که اطمینان حاصل کنم که تمام اطلاعات ارائه شده در این درخواست، تا جایی که می‌دانم، درست و صحیح است و من OECC را از هرگونه تغییر در اطلاعات خود مطلع خواهم کرد.
- ممکن است از من خواسته شود که اطلاعات بیشتری در مورد واجد شرایط بودن خود ارائه دهم.
- من فقط یک بار در سال مالی می‌توانم یارانه انرژی پزشکی NSW را دریافت کنم.
- با امضای این سند، من تصدیق می‌کنم که اعلامیه جمع‌آوری اطلاعات حریم خصوصی را (که در www.energy.nsw.gov.au/privacy-collection-notice موجود است) خوانده و درک کرده‌ام.
- بر اساس قانون جرایم 1900 ارائه اطلاعات نادرست یا گمراه کننده یک جرم کیفری است.

امضای متقاضی: _____ تاریخ: _____

اظهاریه پزشکی

مشخصات بیمار

نام بیماری که دستگاه پشتیبانی زندگی را استفاده می‌کند:	
آدرس بیمار:	
شماره تماس بیمار در طول روز:	

با انتشار سوابق پزشکی خود در رابطه با این درخواست، در صورتیکه OECC به عنوان بخشی از مسئولیت شان در اداره این یارانه به آن نیاز داشته باشد، موافقت می‌کنم. من اعلامیه جمع‌آوری حریم خصوصی یارانه انرژی را خوانده و درک کرده‌ام. ☐

امضای بیمار: _____ تاریخ: _____

مشخصات پزشک

این قسمت باید توسط پزشک بیمار پر شود.

نام پزشک:	
شماره نظام پزشکی:	
نام جایی که بیمار ارزیابی شد (بیمارستان/کلینیک/مطب):	
شماره تلفن جایی که بیمار ارزیابی شد (بیمارستان/کلینیک/مطب):	

ارزیابی پزشکی

برای برآورده کردن ضوابط یارانه انرژی پزشکی NSW، بیمار باید توسط یک متخصص پزشکی ثبت شده که حداقل 3 ماه او را درمان کرده است، ارزیابی شده و تأیید شود که بیمار:

- در تنظیم دمای بدن خود ناتوان است
- یکی از چهار شرط شایستگی اولیه و یکی از سه شرط شایستگی ثانویه مندرج در جدول را دارا می‌باشد.

اظهاریه پزشک

من گواهی می‌دهم که بیمار قادر به تنظیم خودکار دمای بدن خود نیست. من حداقل 3 ماه است که بیمار را درمان می‌کنم/این بیمار حداقل 3 ماه است که توسط Royal Flying Doctor Service در مناطق دور افتاده و روستایی NSW تحت درمان قرار گرفته است و حداقل یک شرط شایستگی اولیه و یک شرط شایستگی ثانویه را که در این جدول نشان داده شده است برآورده می‌کند.

کادر انتخاب	شرایط شایستگی اولیه (حداقل یکی را انتخاب کنید)
☐	اختلال عملکرد دستگاه عصبی خودمختار (مشکل پزشکی که در آن دستگاه عصبی خودمختار آسیب دیده است، مانند آسیب شدید نخاع، سکنه، آسیب مغزی و اختلالات زوال عصبی).
☐	از دست دادن یکپارچگی پوست یا از دست دادن ظرفیت تعریق (به عنوان مثال سوختگی قابل توجه بیش از 20% بدن، بیماری‌های التهابی شدید پوست و برخی از اشکال نادر تعریق دارای اختلال).
☐	کاهش عینی عملکرد فیزیولوژیکی در دمای شدید محیطی (مانند اسکروزیس چندگانه پیشرفته).
☐	حساسیت مفرط به دمای شدید محیط که منجر به افزایش درد یا ناراحتی دیگر یا افزایش خطر عوارض (مانند سندرم درد منطقه ای پیچیده و بیماری عروق محیطی پیشرفته) می‌شود.
کادر انتخاب	شرایط شایستگی ثانویه (حداقل یکی را انتخاب کنید)
☐	بی‌حرکتی شدید، مانند فلج چهار اندام یا فلج پایین تنه سطح بالا، به‌ویژه بالای سطح میانی قفسه سینه (T7) که منجر به مشکلاتی در خود تنظیمی دمای بدن به دلیل از دست دادن کنترل سیستم عصبی سمپاتیک می‌شود.
☐	کاهش قابل توجه اثبات شده در تنظیم خودکار تعریق، ضریان قلب یا فشار خون.
☐	از دست دادن اثبات شده عملکرد فیزیولوژیکی یا تشدید قابل توجه وضعیت بالینی در دمای شدید محیطی.

من اعلام می‌کنم که تمام اطلاعات ارائه شده در این درخواست، تا جایی که می‌دانم، درست و صحیح است. ☐

من موافقت می‌کنم که OECC برای تأیید صحت اطلاعات شخصی و بهداشتی ارائه شده در این فرم با من تماس بگیرد. ☐

امضای پزشک: تاریخ:

رضایت برای شخص دیگری که از طرف شما عمل کند (اختیاری)

این قسمت را فقط وقتی پر کنید که بخواهید شخص دیگری از طرف شما در رابطه با این درخواست اقدام بکند.

من به ،

که با شماره تلفن یا با ایمیل

می‌توان با او تماس گرفت،

اختیار می‌دهم تا از طرف من با OECC در رابطه با این درخواست صحبت کند.

من می‌دانم که در هر زمان می‌توانم به شماره 8073 9255 (02) با OECC تماس بگیرم و از این اجازه صرف‌نظر کنم.

رضایت برای تماس (اختیاری)

من به ☐ OECC اختیار می‌دهم تا در رابطه با تجربه من برای درخواست یارانه تماس بگیرند.

تسلیم این فرم

قبل از اینکه این درخواست را بفرستید، آیا چک کرده اید که:

- تمام اطلاعاتی که ارائه کرده اید صحیح است؟
- همه قسمت های این فرم را پر کرده اید؟
- امضا کرده اید و با تمام شرایطی که در اظهاریه لیست شده است موافقت می‌کنید؟
- یک نسخه از تمام صفحات آخرین قبض انرژی تان را ضمیمه کرده اید؟

فرم تکمیل شده و امضا شده و یک کپی از آخرین قبض برق خود را به این آدرس پست کنید:

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

از منگنه یا نوار چسب بر روی اسناد استفاده نکنید.