



# Bonus energia per motivi medici



Modulo di domanda: Nuclei domestici in una rete incorporata (utenti rivenditori di energia)

Questo modulo deve essere usato da nuclei domestici aventi diritto in una rete incorporata (utenti rivenditori di energia) come una struttura per anziani, un camping per roulotte o un condominio residenziale.

Importo del bonus

**\$313,50**



## Come compilare questo modulo

- Il nome del richiedente deve corrispondere al nome:
  - bolletta o fattura dell'elettricità
  - che accompagna il codice di utente di Services Australia (CRN) o del Department of Veterans Affairs(DVA)
  - sul conto bancario.
- L'indirizzo deve essere il principale luogo di dimora del richiedente.
- Usa lettere MAIUSCOLE.
- Compila tutte le pagine.
- Il modulo deve essere compilato in inglese.

## Particolari del richiedente

Codice CRN di Services Australia:	
Codice del DVA:	
Prenome:	
Cognome:	
Nome della struttura sociale/per anziani o numero del condominio (strata plan number):	
Sede/numero dell'appartamento:	
Indirizzo stradale:	
Sobborgo:	
Codice postale:	
Recapito telefonico:	
Recapito di posta elettronica:	
Recapito postale (se diverso da quello residenziale):	
Sobborgo:	
Codice postale:	

## Coordinate bancarie del richiedente

Nome della banca:	
Nome del conto (es. Mr S Smith):	
Codice BSB:	
Numero del conto:	

Se hai diritto al bonus, il NSW Office of Energy and Climate Change (OECC) verserà il relativo importo sul conto da te indicato sopra. Controlla che le coordinate bancarie siano corrette. Se ci fornisci coordinate errate potremmo versare l'importo sul conto con tali coordinate. Ne consegue che potresti non ricevere il bonus a meno che i fondi non vengano stornati dal conto sbagliato. Questo potrebbe avere ripercussioni sul tuo diritto a ulteriori sconti. La responsabilità di controllare che le coordinate bancarie indicate sul modulo siano corrette è interamente tua.

## Dichiarazione del richiedente e delega

Prendo atto che:

- L'OECC userà i Confirmation eServices del Centrelink per verificare il mio diritto al bonus.
- Devo allegare a questa domanda una copia della mia più recente bolletta/fattura energetica.
- È mia responsabilità controllare che tutte le informazioni fornite in questa domanda siano, per quanto di mia conoscenza, corrette e veritiere e comunicherò all'OECC eventuali cambiamenti alle informazioni da me fornite.
- Potrei essere tenuto a fornire ulteriori informazioni in merito al mio diritto al bonus.
- Posso ricevere il bonus (NSW Medical Energy Rebate) una sola volta in un anno fiscale.
- Firmando questo documento, confermo di aver letto e compreso l'informativa in materia di privacy (Privacy Collection Notice) (disponibile sul sito [www.energy.nsw.gov.au/privacy-collection-notice](http://www.energy.nsw.gov.au/privacy-collection-notice)).
- È un reato ai sensi della *Crimes Act 1900* fornire informazioni false o ingannevoli.

Firma del richiedente:

Data:

## Dichiarazione medica

### Particolari del paziente

Nome del paziente che usa le apparecchiature mediche vitali:	
Indirizzo del paziente:	
Numero di contatto del paziente durante il giorno:	

Acconsento al rilascio all'OECC dei miei dati di natura medica relativi a questa domanda se ciò rientra nella responsabilità di tale organo relativamente all'erogazione del bonus. Ho letto e compreso la relativa informativa in materia di privacy (Energy Rebates Privacy Collection Notice).

Firma del paziente:

Data:

## Particolari dell'operatore sanitario

Questa sezione deve essere compilata dall'operatore sanitario del paziente.

<b>Nome dell'operatore sanitario:</b>	
<b>Numero dell'operatore sanitario:</b>	
<b>Nome del luogo dove il paziente è stato visitato (ospedale/centro medico/ambulatorio):</b>	
<b>Numero telefonico del luogo dove il paziente è stato visitato (ospedale/centro medico/ambulatorio):</b>	

## Accertamento medico

Per soddisfare i requisiti ai fini del bonus (NSW Medical Energy Rebate), il paziente deve essere stato visitato da un operatore sanitario abilitato che lo ha in cura da almeno 3 mesi, se il paziente:

- presenta l'incapacità di autoregolare la temperatura corporea
- soddisfa una delle quattro condizioni primarie e una delle tre condizioni secondarie elencate nella tabella.

## Dichiarazione del medico

Dichiaro che il paziente presenta l'incapacità di autoregolare la temperatura corporea. Ho in cura il paziente da almeno 3 mesi/questo paziente viene trattato dal Royal Flying Doctor Service in zone remote ed extraurbane nel NSW da almeno 3 mesi, e soddisfa almeno una condizione primaria e una condizione secondaria come indicato in questa tabella:

Condizioni primarie (selezionarne almeno una)	Casella da spuntare
Disfunzione del sistema nervoso autonomo (disturbo in cui il sistema nervoso autonomo è stato danneggiato in seguito, ad esempio, di lesione acuta della colonna spinale, ictus, lesione cerebrale e disturbi neurodegenerativi).	<input type="checkbox"/>
Perdita dell'integrità cutanea o della capacità di sudorazione (es. gravi ustioni su oltre il 20% del corpo, disturbi acuti di infiammazione cutanea e alcune rare forme di sudorazione anomala).	<input type="checkbox"/>
Riduzione obiettiva della funzione fisiologica a temperature ambientali estreme (es. sclerosi multipla avanzata).	<input type="checkbox"/>
Ipersensibilità a temperature ambientali estremi con conseguente acutizzazione del dolore o altre forme di malessere oppure un aumento del rischio di complicanze (es. sindrome da dolore regionale complesso e malattia vascolare periferica avanzata).	<input type="checkbox"/>
Condizioni secondarie (selezionarne almeno una)	Casella da spuntare
Immobilità acuta, derivante, ad esempio, da quadriplegia o paraplegia di livello elevato, soprattutto sopra il livello medio-toracico (T7) che determina difficoltà ad autoregolare la temperatura corporea a causa della perdita del controllo del sistema nervoso simpatico.	<input type="checkbox"/>
Comprovata notevole perdita della regolazione autonoma della sudorazione, del battito cardiaco o della pressione sanguigna.	<input type="checkbox"/>
Comprovata perdita della funzione fisiologica o notevole aggravamento del disturbo a temperature ambientali estreme.	<input type="checkbox"/>

Dichiaro che tutte le informazioni fornite in questa domanda sono, per quanto di mia conoscenza, veritiere e corrette.

Acconsento a che l'OECC mi contatti per confermare la correttezza dei dati personali e sanitari forniti in questo modulo.

Firma del medico:

Data:

## Consenso a che un'altra persona agisca per tuo conto (facoltativo)

Compila questa sezione solo se desideri che un'altra persona agisca per tuo conto in merito a questa domanda.

Autorizzo [redacted], che può essere contattato/a telefonicamente al numero [redacted] o inviando una mail al recapito [redacted] perché parli con l'OECC per mio conto in merito a questa domanda.

**Prendo atto che posso ritirare il mio consenso in qualsiasi momento contattando l'OECC al numero (02) 8073 9255.**

## Consenso a contattarmi (facoltativo)

Acconsento a che l'OECC mi contatti in merito alla mia esperienza nel presentare domanda per il bonus.

## Presentazione di questo modulo

Prima di inviare questa domanda hai:

- Verificato che tutti i dati da te forniti siano corretti?
- Compilato tutte le sezioni di questo modulo?
- Firmato e acconsentito alle condizioni elencate nella dichiarazione?
- Allegato una copia di tutte le pagine della tua più recente bolletta energetica?

Invia per posta il modulo debitamente compilato e una copia della tua più recente bolletta dell'elettricità a:

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

Non usare graffette o nastro adesivo sui documenti.