



NSW주 의료 에너지 요금 환급



신청서 양식: 내장 네트워크(내부 공급) 가구

이 양식은 은퇴자 빌리지, 캐러밴 파크 또는 스트라타 주택과 같은 내장 네트워크(내부 공급)에 속한 적격 가구가 사용하는 양식입니다.

환급금

\$313.50



신청서 작성법

- 신청인의 이름이 다음 증빙자료에 표기된 이름과 동일해야 합니다.:
 - 전기 요금 고지서나 청구서
 - Services Australia 고객 조회 번호(CRN) 또는 보훈처(DVA) 번호
 - 은행 계좌.
- 주소지는 반드시 신청인의 주 거주지이어야 합니다.
- 대문자로 작성해야 합니다.
- 모든 페이지를 작성해야 합니다.
- 신청서는 반드시 영어로 작성해야 합니다.

신청인 세부 사항

Services Australia CRN:	
DVA 번호:	
이름:	
성:	
커뮤니티/빌리지 이름이나 스트라타 플랜 번호:	
사이트/유닛 번호:	
도로 주소:	
교외 지역 (Suburb):	
우편번호:	
연락 전화 번호:	
이메일 주소:	
우편 주소 (위와 다를 경우에만 기재):	
교외 지역 (Suburb):	
우편번호:	

신청인 은행계좌 상세 정보

은행명:	
계좌 소유자명(예. Mr S Smith):	
BSB 번호:	
계좌 번호:	

환급 자격을 갖춘 경우, NSW 에너지 및 기후변화 사무소(OECC)에서 위에 제공된 계좌로 환급금을 지급합니다. 은행 정보가 정확한지 확인하세요. 부정확한 은행 정보를 제공하면 그 계좌로 환급금이 지급될 수 있습니다. 그렇게 되면 잘 못 지급된 돈이 반환되지 않는 한, 신청인이 환급금을 받지 못할 수 있습니다. 이는 다른 환급 지원금에 대한 자격에도 영향을 미칠 수 있습니다. 본 신청서에 제공한 은행 정보가 정확한지 확인하는 것은 전적으로 신청인의 책임입니다.

신청인 신고 및 위임 진술서

- 본인은 다음을 이해하였습니다.
- OECC는 본인의 환급 자격 여부 확인을 위해 센터링크 확인 전자 서비스를 이용한다.
 - 본인은 이 신청서에 가장 최근 에너지 요금 고지서/청구서를 반드시 첨부해야 한다.
 - 본 신청서에 제공된 모든 정보가 본인이 아는 한 가장 진실되고 정확한 것인지 확인하는 것은 본인의 책임이며, 정보에 변경이 있을 경우 OECC에 알릴 것이다.
 - 본인은 본인의 자격에 대한 추가 정보를 제공하도록 요청 받을 수도 있다.
 - 본인은 회계연도당 한 번만 NSW주 의료 에너지 요금 환급을 수령할 수 있다.
 - 본 문서에 서명함으로써 본인은 개인정보 수집 통지문(www.energy.nsw.gov.au/privacy-collection-notice 에서 확인 가능)을 읽고 이해했음을 확인한다.
 - 허위 또는 오도할 수 있는 정보를 제공하는 것은 **범죄법 1900**에 따라 형사 범죄에 해당한다.

신청인 서명:		일자:	
---------	--	-----	--

의료 신고

환자 상세 내용

생명 유지 기기를 사용하는 환자의 이름:	
환자의 주소:	
환자 주간 연락 번호:	

☐ 본인은 이 환급 지원 관리 책임의 일환으로, 필요한 경우 이 신청서와 관련된 본인의 의료 기록을 OECC에 공개하는 데 동의합니다. 본인은 에너지 요금 환급 지원을 위한 개인정보 수집 고지문을 읽고 이해했습니다.

환자 서명:		일자:	
--------	--	-----	--

의료 종사자 상세 내용

이 섹션은 반드시 환자의 담당 의사가 작성해야 합니다.

의사 이름:	
공급자 번호:	
환자를 진료한 장소 이름(병원/클리닉/진료소):	
환자를 진료한 장소의 전화번호(병원/클리닉/진료소):	

의료 평가

NSW주 의료 에너지 요금 환급 기준을 충족하려면 환자를 최소 3개월 이상 치료해 온 등록 의료 전문가가 다음과 같은 기준으로 환자를 평가해야 합니다:

- 체온을 스스로 조절할 능력이 없다
- 표에 나열된 네 가지 1차 자격 조건 중 하나와 세 가지 2차 자격 조건 중 하나를 충족한다.

의료 종사자 신고서

본인은 환자가 스스로 체온을 조절할 수 없음을 증명합니다. 본인은 최소 3개월 동안 환자를 치료해 왔으며/이 환자는 최소 3개월 동안 NSW주 격/오지에서 로열 플라이닝 닥터 서비스 진료를 받았으며, 이 표에 명시된 1차 자격 조건과 2차 자격 조건 중 하나 이상을 충족시킴을 증명합니다:

1차 자격 조건(적어도 한 가지 선택)	확인란
자율신경계 기능 장애(심각한 척수 손상, 뇌졸중, 뇌 손상 및 신경 퇴행성 장애와 같이 자율신경계가 손상된 의학적 상태).	☐
피부 무결성 상실 또는 발한 능력 상실(예: 전신 20% 이상의 심각한 화상, 심한 염증성 피부 질환 및 일부 드문 형태의 발한 장애).	☐
극한의 환경 온도에서 생리적 기능의 객관적인 감소(예: 진행형 다발성 경화증).	☐
극한의 환경 온도에 대한 과민 반응으로 통증이나 기타 불편함이 가중되거나 합병증 위험의 증가(예: 복합부위 통증 증후군 및 진행성 말초 혈관 질환).	☐
2차 자격 조건(적어도 한 가지 선택)	확인란
사지 마비 또는 고도의 하반신 마비, 특히 흉추 중위부(T7) 상부의 심한 부동으로 인한 교감 신경계 조절 기능 상실로 체온 자가 조절에 문제가 있는 경우.	☐
발한, 심박수 또는 혈압 자율 조절 기능의 현저한 상실이 입증된 경우.	☐
극한의 환경 온도에서 생리적 기능의 상실 또는 임상 상태의 현저한 악화가 입증된 경우.	☐

- ☐ 본인은 이 신청서에 제공된 모든 정보가 본인이 아는 한 사실이며 정확하다고 신고합니다.
- ☐ 본인은 본 신청서에 제공된 개인 및 건강 정보의 정확성을 확인하기 위해 OECC가 본인에게 연락하는 것에 동의합니다.

의료종사자 서명:

일자:

본인의 대리인에 대한 동의서(선택 사항)

본 신청서와 관련하여 본인을 대신하여 다른 사람이 행동을 취하기를 원하는 경우에만 이 섹션을 작성하세요.

본인은 본인의 대리인으로서

가/이

번 전화로 연락을 받거나 또는

로 이메일을 통해

본 신청 건에 관해 본인을 대신하여 OECC와 연락하도록 허가합니다.

본인은 OECC에 전화 (02) 8073 9255번으로 연락하여 언제든지 이 동의를 철회할 수 있음을 이해합니다.

연락 동의(선택 사항)

☐

본인은 본인의 환급 지원 신청 경험에 대해 OECC가 본인에게 연락하는 것에 동의합니다.

신청서 제출

본 신청서를 보내기 전 확인 사항:

- 제공한 모든 상세 정보가 정확한지 확인하셨습니까?
- 본 신청서의 모든 부분을 작성하셨나요?
- 신고서에 기재된 모든 조건에 서명하고 동의하셨나요?
- 가장 최근 전기 요금 고지서의 모든 페이지 사본을 첨부하셨나요?

작성을 완료하고 서명한 신청서 그리고 가장 최근 전기 요금 고지서 사본을 다음 주소로 우송하세요:

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

서류에 스테이플이나 접착 테이프를 사용하지 마세요.