



एन.एस.डब्ल्यू. चिकित्सा ऊर्जा छुट



आवेदन फारम: सामुहिक आपूर्ति नेटवर्क
(embedded network (on-supply)) घरपरिवारहरू

यो फारम रिटायरमेन्ट भिलेज, क्याराभान पार्क वा स्ट्राटा योजना जस्ता सामुहिक आपूर्ति नेटवर्क (embedded network (on-supply)) मा भएका योग्य घरपरिवारहरूले प्रयोग गर्नुपर्ने छ।

छुट रकम

\$313.50



यो फारम कसरी भर्ने

- आवेदकको नाम अनिवार्य रूपमा निम्नमा नामसँग मिल्नु पर्दछ:
 - बिजुलीको बिल वा बिजक
 - सर्भिसेस् अष्ट्रेलिया ग्राहक सन्दर्भ नम्बर (Services Australia Customer Reference Number; CRN) वा सुरक्षा मामिला विभाग (Department of Veterans Affairs; DVA) नम्बर
 - बैंक खाता।
- उपलब्ध गराईएको ठेगाना आवेदकको प्रमुख निवास स्थान हुनुपर्दछ।
- ट्रला (CAPITAL) अक्षरहरूमा लेख्नुहोस्।
- सबै पेजहरू पूरा भर्नुहोस्।
- यो फारम अंग्रेजीमा भर्नु पर्नेछ।

आवेदकको विवरण

सर्भिसेस् अष्ट्रेलिया CRN:	
DVA नम्बर:	
नाम:	
थर:	
समुदाय/गाउँको नाम वा स्ट्राटा योजना नम्बर:	
साइट/एकाइ नम्बर:	
स्ट्रिट ठेगाना:	
सवर्ब:	
पोस्टकोड:	
सम्पर्क फोन नम्बर:	
इमेल ठेगाना:	
हुलाक ठेगाना (यदि माथिकोभन्दा फरक भएमा):	
सवर्ब:	
पोस्टकोड:	

आवेदकको बैंक विवरण

बैंकको नाम:	
खातामा भएको नाम (उदाहरणका लागि Mr S Smith):	
बि.एस.बि. (BSB) नम्बर:	
खाता नम्बर:	

यदि तपाईं छुटको लागि योग्य हुनुभएमा, एन.एस.डब्ल्यू. ऊर्जा तथा जलवायु परिवर्तनको कार्यालय (NSW Office of Energy and Climate Change; OECC (ओ.ई.सी.सी.)) ले तपाईंले माथि दिनुभएको खातामा छुट (rebate) रकम भुक्तानी गर्नेछ। कृपया बैंक विवरण ठिक छ भन्ने सुनिश्चित गर्नुहोस्। यदि तपाईंले हामीलाई गलत बैंक विवरणहरू उपलब्ध गराउनुभएमा, हामीले त्यो खातामा छुट रकम भुक्तानी गर्नसक्ने हुन्छ। यसको मतलब तपाईंले सो रकम फिर्ता नहुन्जेल छुट प्राप्त गर्न सक्नुहुन्न। यसले अन्य छुटहरूका लागि तपाईंको योग्यतालाई प्रभाव पार्न सक्छ। यो फारममा तपाईंले उपलब्ध गराउनु भएका बैंक विवरणहरू सही छ भनेर सुनिश्चित गर्नु पूर्ण रूपमा तपाईंको जिम्मेवारी हो।

आवेदकको घोषणा र प्रमाणिकताको विवरण

- मैले यो बुझ्नेको छु कि:
- ओ.ई.सी.सी. (OECC)ले छुटको लागि मेरो योग्यता प्रमाणित गर्न सेन्टरलिङ्क कन्फर्मेशन ईसर्सिसहरू (Centrelink Confirmation eServices) को प्रयोग गर्नेछ।
 - मैले यो आवेदनसँग मेरो सबैभन्दा नयाँ ऊर्जा बिल/ इन्भोइसको प्रतिलिपि समावेश गर्नुपर्छ।
 - यस आवेदनमा उपलब्ध गराईएका सबै जानकारीहरू, मैले जानेबुझ्नेसम्म, सत्य र ठिक छन् भन्ने सुनिश्चित गर्नु मेरो जिम्मेवारी हो र म मेरो विवरणमा हुने कुनै पनि परिवर्तनको बारे ओ.ई.सी.सी. लाई सूचित गर्नेछु।
 - मैले आफ्नो योग्यता प्रमाणित गर्न थप जानकारी प्रदान गर्नुपर्ने हुन सक्दछ।
 - मैले एउटा आर्थिक वर्षमा एक पटक मात्र एन.एस.डब्ल्यू. चिकित्सा ऊर्जा छुट प्राप्त गर्न सक्छु।
 - यस आवेदनपत्रमा हस्ताक्षर गरेर मैले गोपनीयता संकलन सूचना (www.energy.nsw.gov.au/privacy-collection-notice मा उपलब्ध) पढेको छु र बुझ्नेको छु भन्ने पुष्टि गर्दछु।
 - गलत वा भ्रामक जानकारी दिनु *Crimes Act 1900* (अपराध ऐन सन् १९००) अन्तर्गत फौजदारी अपराध हो।

आवेदकको हस्ताक्षर:		मिति:	
--------------------	--	-------	--

चिकित्सा घोषणा

बिरामीको विवरण

जीवन सहायक उपकरण प्रयोग गर्ने बिरामीको नाम:	
बिरामीको ठेगाना:	
बिरामीको दिउँसोको सम्पर्क नम्बर:	

☐ यदि यो छुटको व्यवस्थापन गर्ने ओ.ई.सी.सी. (OECC) को जिम्मेवारीको रूपमा यो आवेदनसँग सरोकार भएका मेरो मेडिकल तथ्यांकहरू ओ.ई.सी.सी. लाई उपलब्ध गराउनु आवश्यक परेमा त्यसको लागि म सहमति दिन्छु। मैले ऊर्जा छुट गोपनीय संकलनको विवरण (Energy Rebates Privacy Collection Notice) नोटिस पढेको र बुझ्नेको छु।

बिरामीको हस्ताक्षर:		मिति:	
---------------------	--	-------	--

चिकित्सा व्यवसायीको विवरण

यो खण्ड बिरामीको चिकित्सा व्यवसायीद्वारा पूरा गरिनु पर्छ।

व्यवसायीको नाम:	
प्रदायक नम्बर:	
बिरामीको पुनरावलोकन गरिएको ठाउँको नाम (अस्पताल/क्लिनिक/अभ्यास):	
बिरामीको पुनरावलोकन गरिएको ठाउँको फोन नम्बर (अस्पताल/क्लिनिक/अभ्यास):	

चिकित्सा मूल्याङ्कन

एन.एस.डब्ल्यू. चिकित्सा ऊर्जा छूटको मापदण्ड पूरा गर्नका निम्ति बिरामीलाई कम्तिमा 3 माहिनादेखि उपचार गरिरहेका रजिष्टर्ड चिकित्सक पेशेवरद्वारा बिरामीको मूल्याङ्कन गरिएको हुनुपर्छ, जहाँ

- बिरामीमा शरीरको तापक्रम स्व-नियमन गर्न नसक्ने असक्षमता छ
- बिरामीले तालिकामा सूचीबद्ध गरिएका चार प्राथमिक योग्यता शर्तहरू मध्ये एक र तीन माध्यमिक योग्यता शर्तहरू मध्ये एक पूरा गर्छन्।

चिकित्सा व्यवसायीको घोषणा

म प्रमाणित गर्दछु कि बिरामीमा शरीरको तापक्रम स्व-नियमन गर्न असक्षमता छ। मैले बिरामीलाई कम्तिमा 3 माहिनादेखि उपचार गरिरहेको छु/यो बिरामी कम्तिमा 3 माहिनाको लागि दुर्गम र क्षेत्रीय एन.एस.डब्ल्यू. मा रोयल फ्लाईङ्ग डाक्टर सर्भिसद्वारा उपचार गरिएका छन्, र उनले निम्न तालिकामा सूचीबद्ध गरिएको कम्तिमा एक प्राथमिक र एक माध्यमिक योग्यता शर्त पूरा गर्छन्।

प्राथमिक योग्यता शर्तहरू (कम्तिमा एउटा छान्नुहोस्)	बक्समा चेक लगाउनुहोस्
अटोनोमिक सिस्टम डिस्फंक्शन (मेडिकल कन्डिशन जसमा अटोनोमिक सिस्टम क्षतिग्रस्त भएको छ, जस्तै गम्भीर स्पाइनल कर्डको चोट, स्ट्रोक, मस्तिष्क चोट र न्यूरोडीजेनेरेटिभ डिसअर्डरहरू)।	☐
छालाको गुणवत्ता (skin integrity) वा पसिना आउने क्षमतामा हानी (उदाहरणको लागि शरीरको 20% भन्दा बढी भाग गम्भिर रूपमा जलेको, छाला पोल्ने गम्भीर अवस्था र अव्यवस्थित पसिना आउने केही विरल रूपहरू)।	☐
वातावरणीय तापक्रम उच्च भएको अवस्थामा शारीरिक कार्यमा वस्तुगत घटावट (उदाहरणको लागि एड्भान्सड मल्टिपल स्क्लेरोसिस)।	☐
वातावरणीय तापक्रम उच्च भएको अवस्थामा हाइपरसेन्सिटिभिटी हुने जसले दुखाई वा अन्य असहजता बढाउँछ वा जोखिमको सम्भावना बढाउँछ (उदाहरणको लागि कम्प्लेक्स रिजनल पेन सिन्ड्रोम र एड्भान्सड पेरिफेरल भास्कुलर रोग)।	☐
माध्यमिक योग्यता शर्तहरू (कम्तिमा एउटा छान्नुहोस्)	बक्समा चेक लगाउनुहोस्
गम्भीर स्थिरता, जस्तै क्वाड्रिप्लेजिया वा हाइ लेभल पाराप्लेजिया भएको अवस्थामा हुने, विशेष गरी मध्य-थोरासिक स्तर (T7) भन्दा माथि भएको अवस्थामा जसले गर्दा सहानुभूतिशील स्नायु प्रणालीको नियन्त्रणमा कमी आएको कारणले गर्दा शरीरको तापक्रमको स्व-नियमनमा समस्याहरू उत्पन्न हुन्छन्।	☐
पसिना, हृदय गति वा रक्तचापको स्वायत्त नियमनमा उल्लेखनीय घटावटको प्रदर्शन।	☐
वातावरणीय तापक्रम उच्च भएको अवस्थामा शारीरिक कार्यमा घटावट वा क्लिनिकल अवस्थामा उल्लेखनीय बढावटको प्रदर्शन।	☐

- ☐ म घोषणा गर्दछु कि यस आवेदनमा उल्लेख भएका सबै जानकारी, मैले जाने बुझ्नेसम्म सत्य र सही छन्।
- ☐ यस फारममा उपलब्ध गराइएका व्यक्तिगत र स्वास्थ्य जानकारीको सत्यता पुष्टि गर्न मलाई सम्पर्क गर्न ओ.ई.सि.सि. लाई म सहमति दिन्छु।

चिकित्सा पेशाकर्मको हस्ताक्षर:

मिति:

तपाईंको पक्षमा कार्य गर्नको लागि अन्य व्यक्तिलाई मन्जुरीनामा (स्वेच्छिक)

यदि तपाईं यस आवेदनको सम्बन्धमा तपाईंको लागि कार्य गर्न अन्य कसैलाई नियुक्त गर्ने भए मात्र यो खण्ड भर्नुहोस्।

म [] लाई,

फोन मार्फत [] मा वा

इमेल मार्फत []

मा सम्पर्क गर्न सकिने, यस आवेदनको सम्बन्धमा मेरो पक्षमा OECC सँग कुरा गर्न अधिकार प्रदान गर्दछु।

मैले बुझेको छु कि मैले (02) 8073 9255 मा OECC लाई सम्पर्क गरेर कुनै पनि समयमा यो मन्जुरी फिर्ता लिन सक्छु।

सम्पर्क गर्न मन्जुरी (स्वेच्छिक)

☐ म OECC लाई छुटको लागि आवेदन दिँदाको मेरो अनुभवको बारेमा मलाई सम्पर्क गर्न मन्जुरी दिँदछु।

यो फारम कसरी बुझाउने

तपाईंले यो आवेदन फारम बुझाउनु अघि के तपाईंले:

- उपलब्ध गराउनुभएका सबै विवरणहरू सही छन् भन्ने सुनिश्चित गर्नुभयो?
- यो फारमका सबै खण्डहरू भर्नुभयो?
- घोषणापत्रमा उल्लेखित सबै शर्तहरूमा हस्ताक्षर र सहमति दिनुभयो?
- तपाईंको सबैभन्दा नयाँ ऊर्जा बिलको सबै पेजहरूको प्रतिलिपि संलग्न गर्नुभयो?

हस्ताक्षर गरिएको पूर्णरूपमा भरेको फारम र तपाईंको सबैभन्दा नयाँ बिजुलीको बिलको प्रतिलिपि निम्न ठेगानामा हुलाकद्वारा पठाउनुहोस्:

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

संलग्न कागजातहरूमा स्टेपल (staples) वा टाँसिने टेपको प्रयोग नगर्नुहोस्।