



Descuento de NSW de energía por motivos médicos



Formulario de solicitud: Hogares con suministro cobrado o red integrada

Este formulario es para los hogares que reúnen las condiciones y que forman parte de una red integrada (suministro cobrado) como un complejo residencial para jubilados, parque de casas rodantes o consorcio residencial.

Monto del descuento

\$313,50



Cómo rellenar este formulario

- The applicant's name must match the name on the:
 - cuenta o factura de electricidad
 - el número de referencia del cliente de Services Australia (CRN) o el número del Ministerio de asuntos de veteranos de guerra (DVA)
 - la cuenta de banco.
- La dirección debe ser el lugar de residencia principal del/la solicitante.
- Use letras MAYÚSCULAS.
- Rellene todas las páginas.
- Rellene el formulario en inglés.

Datos del/la solicitante

CRN de Services Australia:	
Número de DVA:	
Nombre:	
Apellido:	
Nombre de la comunidad/ complejo residencial o número del consorcio:	
Número del sitio/unidad:	
Dirección:	
Barrio/Suburbio:	
Código postal:	
Número de teléfono:	
Dirección electrónica:	
Dirección postal (si fuera diferente de la indicada arriba):	
Barrio/Suburbio:	
Código postal:	

Datos bancarios del/la solicitante

Nombre del banco:	
Nombre de la cuenta (p.ej. Mr. S Smith):	
Número BSB:	
Número de cuenta:	

Si usted reúne las condiciones para recibir el descuento, la NSW Office of Energy and Climate Change (Oficina de energía y cambio climático de NSW, OECC) depositará el descuento en la cuenta cuyos datos proporcionó aquí arriba. Verifique los datos de la cuenta para cerciorarse de que sean correctos. Si usted proporciona datos de banco incorrectos, tal vez depositemos el descuento en esa cuenta. Ello implica que usted no recibirá el descuento a menos de que se devuelvan los fondos. Esto podría afectar su elegibilidad para otros descuentos. Es la responsabilidad de usted asegurarse de que los datos de la cuenta de banco que proporcione en este formulario sean los correctos.

Declaración del/la solicitante y declaración de autorización

Comprendo que:

- La OECC utilizará Centrelink Confirmation eServices (los servicios electrónicos de confirmación de Centrelink) para verificar que yo cumplo con los requisitos para el descuento.
- Debo incluir una copia de mi cuenta/factura de energía más reciente con esta solicitud.
- Es mi responsabilidad asegurarme de que toda la información suministrada en esta solicitud es, a mi leal saber y entender, veraz y correcta, y notificar a la OECC de cualquier cambio que ocurriera en mi información.
- Es posible que se me pida que proporcione información adicional acerca de cómo reúno los requisitos.
- Solo puedo recibir el NSW Medical Energy Rebate una vez en cada ejercicio financiero.
- Al firmar este documento, puedo confirmar que he leído y comprendido el Aviso de privacidad sobre la colecta de información (disponible en www.energy.nsw.gov.au/privacy-collection-notice).
- La Crimes Act 1900 (Ley penal de 1900) dispone que proporcionar información falsa o engañosa es un delito.

Firma del/la solicitante:		Fecha:	
---------------------------	--	--------	--

Declaración médica

Datos del/la paciente

Nombre del/la paciente que usa el equipo de soporte vital:	
Dirección del/la paciente:	
Número de contacto diurno del/la paciente:	

☐ Doy mi consentimiento para que se divulgue mi historia clínica pertinente a esta solicitud a la OECC si la necesitara como parte de su responsabilidad en la administración de este descuento. He leído y comprendido el Aviso de privacidad sobre la colecta de información para los descuentos de energía.

Firma del paciente:		Fecha:	
---------------------	--	--------	--

Declaración médica

Esta sección debe ser rellena por el médico del/la paciente.

Nombre del médico:	
Número de proveedor:	
Nombre del lugar donde se examinó al paciente (hospital/clínica/consultorio):	
Número de teléfono del lugar donde se examinó al paciente (hospital/clínica/consultorio):	

Evaluación clínica

Para satisfacer los criterios para este descuento, el/la paciente debe haber sido examinado por un médico registrado que le haya tratado por un mínimo de tres meses, si el/la paciente:

- es incapaz de autorregular la temperatura de su cuerpo,
- reúne una de las cuatro condiciones primarias y una de las tres condiciones secundarias del cuadro.

Declaración del médico

Certifico que el/la paciente no es capaz de autorregular la temperatura de su cuerpo. Trato al/la paciente desde hace por lo menos tres meses/este/a paciente fue tratado/a por el Royal Flying Doctor Service en una zona remota y regional de NSW por un mínimo de tres meses, y satisface por lo menos una condición primaria y una condición secundaria indicada en este cuadro:

Condiciones primarias (seleccione por lo menos una)	Marque el casillero
Disfunción del sistema autonómico (dolencias clínicas en que el sistema autonómico está dañado, como las lesiones graves de la médula espinal, accidente cerebrovascular, lesión cerebral y trastornos neurodegenerativos).	☐
Pérdida de la integridad de la piel o pérdida de la capacidad de sudor (p.ej. las quemaduras importantes de más del 20% del cuerpo, dolencias inflamatorias graves de la piel y algunas formas raras de sudoración desordenada).	☐
Reducción objetiva de la función fisiológica ante temperaturas ambientes extremas (p.ej. esclerosis múltiple avanzada).	☐
Hipersensibilidad a los extremos de temperatura ambiente que lleva a aumento del dolor u otros tipos de incomodidad, o a un mayor riesgo de complicaciones (p.ej. síndrome de dolor regional complejo y enfermedad vascular periférica avanzada).	☐
Condiciones secundarias (seleccione por lo menos una)	Marque el casillero
Inmovilidad profunda como la que ocurre en las personas con tetraplejia o paraplejia de alto nivel, especialmente por encima del nivel del tórax medio (T7) y causa problemas de autorregulación de la temperatura del cuerpo debido a la pérdida de control del sistema nervioso simpático.	☐
Pérdida significativa demostrada de la autorregulación autónoma del sudor, el ritmo cardíaco o la presión sanguínea.	☐
Pérdida demostrada de la función fisiológica o agravación significativa de una dolencia clínica en condiciones de temperatura ambiental extrema.	☐

☐ Declaro que toda la información suministrada en esta solicitud es verdadera y correcta, a mi leal saber y entender.

☐ Doy mi consentimiento para que la OECC me contacte para confirmar la exactitud de los datos personales y de salud suministrados en este formulario.

Firma del médico:

Fecha:

Consentimiento para que otra persona obre en su nombre (optativo)

Solo rellene esta sección si usted desea que otra persona obre en su nombre en relación con esta solicitud.

Autorizo a , a quien se puede
llamar por teléfono al o contactar por
e-mail a

para que hable con la OECC en mi nombre con respecto a esta solicitud.

Comprendo que puedo retirar este consentimiento en cualquier momento llamando a la OECC al (02) 8073 9255.

Consentimiento para el contacto (optativo)

☐

Doy mi consentimiento para que la OECC se ponga en contacto conmigo en relación con mi experiencia con la solicitud del descuento.

Cómo presentar este formulario

Antes de enviar esta solicitud, verifique los siguientes:

- ¿Comprobó que todos los datos que suministró son correctos?
- ¿Rellenó todas las secciones de este formulario?
- ¿Firmó y dio su consentimiento para todas las condiciones que aparecen en la declaración?
- ¿Adjuntó una copia de todas las páginas de su cuenta/factura de energía más reciente?

Envíe el formulario rellenado y firmado y una copia de su cuenta/factura de energía más reciente a:

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

No use grapas o cinta adhesiva en los documentos.