

# Claim for External Breast Prostheses Reimbursement Program (NH005)

## ਇਹ ਫਾਰਮ ਕਦੋਂ ਵਰਤਣਾ ਹੈ?

ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ 1 ਜੁਲਾਈ 2008 ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਬਾਹਰੋਂ ਪਹਿਨੀ ਜਾਣ ਵਾਲੀ ਕੋਈ ਨਵੀਂ ਜਾਂ ਬਦਲਵੀਂ ਨਕਲੀ ਛਾਤੀ (ਐਕਸਟਰਨਲ ਬ੍ਰੈਸਟ ਪ੍ਰੋਸਥੀਸਿਸ) ਖਰੀਦੀ ਹੈ, ਤਾਂ ਇਸ ਫਾਰਮ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰੋ।

## ਬਾਹਰੀ ਨਕਲੀ ਛਾਤੀਆਂ ਲਗਾਉਣ ਦੇ ਖਰਚੇ ਦਾ ਭਰਪਾਈ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ (External Breast Prostheses Reimbursement Program)

ਤੁਸੀਂ ਇੱਕ ਪ੍ਰੋਸਥੀਸਿਸ ਲਈ \$400 ਤੱਕ ਜਾਂ ਜੇਕਰ ਦੋਵੇਂ ਛਾਤੀਆਂ ਹਟਾਉਣ ਦੀ ਸਰਜਰੀ (ਡਬਲ ਮਾਸਟੈਕਟੋਮੀ) ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਤੁਹਾਨੂੰ ਦੋਵੇਂ ਛਾਤੀਆਂ ਲਈ ਪ੍ਰੋਸਥੀਸਿਸ ਦੀ ਲੋੜ ਹੋਵੇ, ਤਾਂ \$800 ਤੱਕ ਦੀ ਭੁਗਤਾਨ ਵਾਪਸੀ ਦਾ ਦਾਅਵਾ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਇਹ ਭੁਗਤਾਨ ਉਨ੍ਹਾਂ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਬਾਹਰੋਂ ਪਹਿਨੀ ਜਾਣ ਵਾਲੀ ਨਕਲੀ ਛਾਤੀ (ਐਕਸਟਰਨਲ ਬ੍ਰੈਸਟ ਪ੍ਰੋਸਥੀਸਿਸ) ਜਾਂ ਤੈਰਾਕੀ ਲਈ ਵਰਤੀ ਜਾਣ ਵਾਲੀ ਬਾਹਰੋਂ ਪਹਿਨੀ ਜਾਣ ਵਾਲੀ ਨਕਲੀ ਛਾਤੀ (ਐਕਸਟਰਨਲ ਸਵਿਮਿੰਗ ਪ੍ਰੋਸਥੀਸਿਸ) ਦੇ ਖਰਚੇ ਨੂੰ ਕਵਰ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹੈ, ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਨੇ ਕੈਂਸਰ ਕਾਰਨ ਛਾਤੀ ਦੀ ਸਰਜਰੀ ਕਰਵਾਈ ਹੋਵੇ। ਇਸ ਵਿੱਚ ਸ਼ਾਮਲ ਹਨ:

- ਦੋਵੇਂ ਛਾਤੀਆਂ ਹਟਾਉਣ ਦੀ ਸਰਜਰੀ (ਡਬਲ ਮਾਸਟੈਕਟੋਮੀ)
- ਕੈਂਸਰ ਤੋਂ ਬਚਾਅ ਲਈ ਛਾਤੀ ਹਟਾਉਣ ਦੀ ਸਰਜਰੀ (ਪ੍ਰੋਫਾਈਲੈਕਟਿਕ ਮਾਸਟੈਕਟੋਮੀ) - ਰੋਕਥਾਮ ਸਰਜਰੀ
- ਛਾਤੀ ਦਾ ਕੁੱਝ ਹਿੱਸਾ ਹਟਾਉਣ ਦੀ ਸਰਜਰੀ (ਪਾਰਸ਼ੀਅਲ ਮਾਸਟੈਕਟੋਮੀ)
- ਛਾਤੀ ਵਿੱਚੋਂ ਗਿਲੂਟੀ ਹਟਾਉਣ ਦੀ ਸਰਜਰੀ (ਲੰਪੈਕਟੋਮੀ)।

## ਕੌਣ ਦਾਅਵਾ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹੈ?

ਤੁਸੀਂ ਦਾਅਵਾ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ, ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ:

- ਮੈਡੀਕੇਅਰ ਵਿੱਚ ਦਰਜ ਹੋ
- ਕੈਂਸਰ ਕਾਰਨ ਛਾਤੀ ਦੀ ਸਰਜਰੀ ਕਰਵਾ ਚੁੱਕੇ ਹੋ
- ਪਿਛਲੇ 2 ਸਾਲਾਂ ਦੌਰਾਨ ਕੋਈ ਨਕਲੀ ਅੰਗ (ਪ੍ਰੋਸਥੀਸਿਸ) ਨਹੀਂ ਖਰੀਦਿਆ ਹੈ ਅਤੇ ਇਸ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਅਧੀਨ ਕੋਈ ਦਾਅਵਾ ਨਹੀਂ ਕੀਤਾ ਹੋਵੇ।

ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਨੂੰ ਡਿਪਾਰਟਮੈਂਟ ਆਫ਼ ਵੈਟਰਨਜ਼ ਐਫੇਅਰਜ਼ (DVA) ਤੋਂ ਵਿੱਤੀ ਸਹਾਇਤਾ ਮਿਲਦੀ ਹੈ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣਾ ਹੱਕ ਬਣਦਾ ਦਾਅਵਾ DVA ਰਾਹੀਂ ਕਰਨਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ।

ਜੇਕਰ ਕਿਸੇ ਵਿਅਕਤੀ ਨੇ ਆਪਣੇ ਦਿਹਾਂਤ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਕੋਈ ਨਕਲੀ ਅੰਗ (ਪ੍ਰੋਸਥੀਸਿਸ) ਖਰੀਦਿਆ ਹੋਵੇ, ਤਾਂ ਉਸਦੀ ਜਾਇਦਾਦ ਦੇ ਵਸੀਅਤ ਪ੍ਰਬੰਧਕ (ਐਗਜ਼ੀਕਿਊਟਰ) ਜਾਂ ਐਡਮਿਨਿਸਟ੍ਰੇਟਰ ਵੱਲੋਂ ਦਾਅਵਾ ਦਾਇਰ ਕੀਤਾ ਜਾ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਵਸੀਅਤ ਪ੍ਰਬੰਧਕ (ਐਗਜ਼ੀਕਿਊਟਰ) ਜਾਂ ਐਡਮਿਨਿਸਟ੍ਰੇਟਰ ਹੋਣ ਦੀ ਪੁਸ਼ਟੀ ਕਰਨ ਵਾਲੇ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਇਸ ਦਾਅਵੇ ਦੇ ਨਾਲ ਸਾਨੂੰ ਮੁਹੱਈਆ ਕਰਵਾਉਣੇ ਲਾਜ਼ਮੀ ਹਨ (ਜੇਕਰ ਪਹਿਲਾਂ ਮੁਹੱਈਆ ਨਾ ਕਰਵਾਏ ਗਏ ਹੋਣ)।

## ਤੁਸੀਂ ਕਿੰਨੀ ਵਾਰ ਦਾਅਵਾ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ?

ਤੁਸੀਂ ਹਰ ਪ੍ਰੋਸਥੀਸਿਸ ਲਈ ਹਰ 2 ਸਾਲਾਂ ਵਿੱਚ ਸਿਰਫ਼ ਇੱਕ ਵਾਰ ਹੀ ਭੁਗਤਾਨ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਅਸੀਂ ਤੁਹਾਡੀ ਰਸੀਦ 'ਤੇ ਦਰਜ ਮਿਤੀ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰਕੇ ਇਹ ਜਾਂਚ ਕਰਦੇ ਹਾਂ ਕਿ ਤੁਹਾਨੂੰ ਪਿਛਲੀ ਵਾਰ ਭੁਗਤਾਨ ਮਿਲਣ ਤੋਂ ਬਾਅਦ 2 ਸਾਲ ਪੂਰੇ ਹੋਏ ਹਨ ਜਾਂ ਨਹੀਂ।

ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਨੂੰ ਪ੍ਰੋਸਥੀਸਿਸ ਖਰੀਦੇ ਹੋਏ 2 ਸਾਲ ਤੋਂ ਘੱਟ ਸਮਾਂ ਹੋਇਆ ਹੈ, ਤਾਂ ਤੁਸੀਂ ਸਿਰਫ਼ ਉਦੋਂ ਹੀ ਨਵੇਂ ਪ੍ਰੋਸਥੀਸਿਸ ਲਈ ਦਾਅਵਾ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ ਜਦੋਂ ਇਸਦੀ ਲੋੜ ਕਿਸੇ ਡਾਕਟਰੀ ਕਾਰਨ ਕਰਕੇ ਪਈ ਹੋਵੇ। ਇਸ ਦਾਅਵੇ ਦੇ ਨਾਲ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੇ ਡਾਕਟਰ ਜਾਂ ਕਿਸੇ ਹੋਰ ਸਿਹਤ ਪੇਸ਼ੇਵਰ ਦਾ ਪੱਤਰ ਵੀ ਦੇਣਾ ਪਵੇਗਾ, ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਇਹ ਸਮਝਾਇਆ ਗਿਆ ਹੋਵੇ ਕਿ ਤੁਹਾਨੂੰ ਨਵੇਂ ਪ੍ਰੋਸਥੀਸਿਸ ਦੀ ਲੋੜ ਕਿਉਂ ਹੈ।

ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੀ ਪਿਛਲੀ ਖਰੀਦ ਤੋਂ 2 ਸਾਲ ਤੋਂ ਘੱਟ ਸਮੇਂ ਬਾਅਦ ਖਰੀਦੇ ਗਏ ਬਦਲੀ ਪ੍ਰੋਸਥੀਸਿਸ ਲਈ ਭੁਗਤਾਨ ਵਾਪਸੀ ਦਾ ਦਾਅਵਾ ਨਹੀਂ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ, ਜੇਕਰ ਕਾਰਨ ਇਹ ਹੋਵੇ:

- ਗ਼ਲਤ ਚੋਣ ਕੀਤੀ ਹੋਵੇ
- ਠੀਕ ਤਰ੍ਹਾਂ ਫਿੱਟ ਨਾ ਹੋਵੇ
- ਮਨ ਬਦਲ ਜਾਵੇ
- ਰੋਜ਼ਾਨਾ ਵਰਤੋਂ ਕਾਰਨ ਪ੍ਰੋਸਥੀਸਿਸ ਦੀ ਗੁਣਵੱਤਾ ਵਿੱਚ ਤਬਦੀਲੀ ਆ ਜਾਵੇ
- ਨੁਕਸ ਜਾਂ ਖਰਾਬੀ ਹੋਵੇ।

ਜੇਕਰ ਇਨ੍ਹਾਂ ਵਿੱਚੋਂ ਕੋਈ ਵੀ ਲਾਗੂ ਹੁੰਦਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਆਪਣੇ ਪ੍ਰੋਸਥੀਸਿਸ ਸਪਲਾਇਰ ਨਾਲ ਸੰਪਰਕ ਕਰੋ।

## ਦਾਅਵਾ ਕਰਨ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ

ਸਾਡੇ ਕੋਲੋਂ ਭੁਗਤਾਨ ਦਾ ਦਾਅਵਾ ਕਰਨ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਪ੍ਰੋਸਥੀਸਿਸ ਖਰੀਦਣ ਦੀ ਲੋੜ ਹੋਵੇਗੀ। ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ:

- ਪ੍ਰਾਈਵੇਟ ਹੈਲਥ ਇੰਸ਼ੂਰੈਂਸ ਰੱਖਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਸਾਡੇ ਕੋਲੋਂ ਭੁਗਤਾਨ ਦਾ ਦਾਅਵਾ ਕਰਨ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਇੰਸ਼ੂਰੈਂਸ ਕੰਪਨੀ ਕੋਲ ਦਾਅਵਾ ਕਰਨਾ ਪਵੇਗਾ
- ਸੈਂਟਰਲਿੰਕ ਤੋਂ ਕੋਈ ਭੁਗਤਾਨ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਇਹ ਜਾਂਚ ਕਰੋ ਕਿ ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਪ੍ਰੋਸਥੀਸਿਸ ਲਈ ਭੁਗਤਾਨ ਕਰਨ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਵਾਸਤੇ ਅਗਾਊਂ ਭੁਗਤਾਨ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਦੇ ਯੋਗ ਹੋ।

ਵਧੇਰੇ ਜਾਣਕਾਰੀ ਲਈ,

[servicesaustralia.gov.au/advancepayments](http://servicesaustralia.gov.au/advancepayments) 'ਤੇ ਜਾਓ।

## ਤੁਹਾਨੂੰ ਕਿੰਨੀ ਰਕਮ ਵਾਪਸ ਮਿਲ ਸਕਦੀ ਹੈ?

ਅਸੀਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਕਿੰਨੀ ਰਕਮ ਵਾਪਸ ਕਰਾਂਗੇ, ਇਹ ਤੁਹਾਡੇ ਦਾਅਵੇ ਅਤੇ ਪ੍ਰਾਈਵੇਟ ਹੈਲਥ ਇੰਸ਼ੂਰੈਂਸ ਜਾਂ ਹੋਰ ਸਰੋਤਾਂ ਤੋਂ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਿਸੇ ਵੀ ਭੁਗਤਾਨ ਜਾਂ ਰਿਫੰਡ 'ਤੇ ਨਿਰਭਰ ਕਰਦਾ ਹੈ। ਹਰੇਕ ਪ੍ਰੋਸਥੀਸਿਸ ਲਈ ਇਹ ਰਕਮ ਵੱਧ ਤੋਂ ਵੱਧ \$400 ਤੱਕ ਹੋ ਸਕਦੀ ਹੈ। ਤੁਹਾਨੂੰ ਕਿੰਨੀ ਰਕਮ ਮਿਲੇਗੀ, ਇਹ ਨਿਰਧਾਰਤ ਕਰਨ ਲਈ ਅਸੀਂ ਤੁਹਾਡੇ ਦਾਅਵੇ ਵਿੱਚ ਦਿੱਤੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰਦੇ ਹਾਂ।

## ਇਸ ਦੀਆਂ ਉਦਾਹਰਨਾਂ ਕਿ ਅਸੀਂ ਕਿੰਨਾ ਭੁਗਤਾਨ ਕਰਦੇ ਹਾਂ

ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ \$130 ਦੀ ਇੱਕ ਪ੍ਰੋਸਥੀਸਿਸ ਖਰੀਦਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਅਸੀਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਪੂਰੇ \$130 ਵਾਪਸ ਕਰਾਂਗੇ।

ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਡੀ ਡਬਲ ਮਾਸਟੈਕਟੋਮੀ ਹੋਈ ਹੈ ਅਤੇ ਤੁਸੀਂ \$800 ਦੀਆਂ 2 ਪ੍ਰੋਸਥੀਸਿਸ ਖਰੀਦਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਅਸੀਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਪੂਰੇ \$800 ਵਾਪਸ ਕਰਾਂਗੇ।

ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ \$500 ਦੀ ਇੱਕ ਪ੍ਰੋਸਥੀਸਿਸ ਖਰੀਦਦੇ ਹੋ ਅਤੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਪ੍ਰਾਈਵੇਟ ਹੈਲਥ ਇੰਸ਼ੂਰੈਂਸ ਤੋਂ \$200 ਦਾ ਰਿਫੰਡ ਮਿਲਦਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਅਸੀਂ ਤੁਹਾਨੂੰ \$200 ਅਦਾ ਕਰਾਂਗੇ। ਇਹ \$400 ਦੀ ਵੱਧ ਤੋਂ ਵੱਧ ਸੀਮਾ, ਅਤੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਮਿਲੀ ਰਿਫੰਡ ਰਕਮ ਵਿਚਲਾ ਅੰਤਰ ਹੈ।

## ਤੁਸੀਂ ਕਿਸ ਲਈ ਦਾਅਵਾ ਨਹੀਂ ਕਰ ਸਕਦੇ?

ਬ੍ਰਾ ਜਾਂ ਹੋਰ ਉਤਪਾਦ ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਬ੍ਰੈਸਟ ਪ੍ਰੋਸਥੀਸਿਸ ਕਵਰ, ਨਿੱਪਲ ਇਨਸਰਟ, ਸਰਜਰੀ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਵਰਤੇ ਜਾਣ ਵਾਲੇ ਤੈਰਾਕੀ ਕੱਪੜੇ, ਅੰਦਰੂਨੀ ਬ੍ਰੈਸਟ ਪ੍ਰੋਸਥੀਸਿਸ ਜਾਂ ਪੁਨਰ-ਨਿਰਮਾਣ ਸਰਜਰੀ ਲਈ।

## ਅਸੀਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਭੁਗਤਾਨ ਕਿਵੇਂ ਕਰਾਂਗੇ?

ਸਾਰੀ ਭੁਗਤਾਨ ਵਾਪਸੀ ਦੀ ਰਕਮ, ਤੁਹਾਡੇ ਦੁਆਰਾ ਦਰਜ ਕੀਤੇ ਬੈਂਕ ਖਾਤੇ ਵਿੱਚ ਇਲੈਕਟ੍ਰਾਨਿਕ ਫੰਡ ਟ੍ਰਾਂਸਫਰ (EFT) ਰਾਹੀਂ ਜਮ੍ਹਾਂ ਕਰਵਾਈ ਜਾਂਦੀ ਹੈ। ਅਸੀਂ ਤੁਹਾਡੇ ਨਾਮਜ਼ਦ ਡਾਕ ਪਤੇ 'ਤੇ ਇੱਕ ਸਟੇਟਮੈਂਟ ਭੇਜਾਂਗੇ, ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਤੁਹਾਡੇ ਬੈਂਕ ਖਾਤੇ ਵਿੱਚ ਜਮ੍ਹਾਂ ਕੀਤੀ ਗਈ ਰਕਮ ਦੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਹੋਵੇਗੀ।

ਅਸੀਂ ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਦਾਅਵਿਆਂ 'ਤੇ 10 ਕਾਰੋਬਾਰੀ ਦਿਨਾਂ ਦੇ ਅੰਦਰ ਕਾਰਵਾਈ ਕਰਦੇ ਹਾਂ।

## ਹੋਰ ਜਾਣਕਾਰੀ ਲਈ

[servicesaustralia.gov.au/ebprp](http://servicesaustralia.gov.au/ebprp) 'ਤੇ ਜਾਓ, ਜਾਂ ਸਾਨੂੰ 132 011 'ਤੇ ਫ਼ੋਨ ਕਰੋ।

## ਤੁਹਾਡੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਜਾਣਕਾਰੀ

ਅਸੀਂ ਤੁਹਾਡੇ ਦਾਅਵੇ ਲਈ ਲੋੜੀਂਦੇ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ਾਂ ਦਾ ਮੁਫ਼ਤ ਅਨੁਵਾਦ ਕਰਵਾ ਸਕਦੇ ਹਾਂ।

ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਸਾਡੇ ਨਾਲ ਗੱਲ ਕਰਨ ਲਈ, 132 011 'ਤੇ ਫ਼ੋਨ ਕਰੋ।

## ਸੁਣਨ ਅਤੇ ਬੋਲਣ ਸੰਬੰਧੀ ਸਹਾਇਤਾ

ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਨੂੰ ਸੁਣਨ ਜਾਂ ਬੋਲਣ ਵਿੱਚ ਕੋਈ ਦਿੱਕਤ ਹੈ, ਤਾਂ ਤੁਸੀਂ ਇਹ ਸੇਵਾਵਾਂ ਵਰਤ ਸਕਦੇ ਹੋ:

- ਨੈਸ਼ਨਲ ਰੀਲੇਅ ਸਰਵਿਸ **1800 555 660**, ਜਾਂ
- ਸਾਡੀ TTY ਸੇਵਾ **1800 810 586** 'ਤੇ। ਇਸ ਸੇਵਾ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰਨ ਲਈ ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਲ TTY ਫ਼ੋਨ ਹੋਣਾ ਲਾਜ਼ਮੀ ਹੈ।

ਸੰਚਾਰ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਬਾਰੇ ਵਧੇਰੇ ਜਾਣਕਾਰੀ ਲਈ, [servicesaustralia.gov.au](http://servicesaustralia.gov.au) 'ਤੇ ਜਾਓ, ਅਤੇ 'accessibility' ਖੋਜੋ।

# Claim for External Breast Prostheses Reimbursement Program (NH005)

## Filling in this form

You can complete this form on your computer using Adobe Acrobat Reader, or you can print it.

For help on how to fill in our forms, go to [servicesaustralia.gov.au/formhelp](http://servicesaustralia.gov.au/formhelp)

If you have a printed form:

- Use black or blue pen.
- Print in BLOCK LETTERS.
- Print in English.
- Where you see a box like this ☐ **Go to 1** skip to the question number shown.

## Private health insurance

**1** Do you have private health insurance?

No ☐ **Go to 3**

Yes ☐ You need to claim any refund you are eligible for from your private health fund **before** you claim a reimbursement from us.

**2** How much did you receive from your private health fund or other financial help for the prosthesis(es) you are claiming?

|                     |    |
|---------------------|----|
| Private health fund | \$ |
| Other               | \$ |

The amount of your reimbursement will be reduced by the amount refunded or financial help already received.

## Claimant's details – the person who received the prosthesis(es)

**3** Medicare card number

|                      |                      |                      |                              |
|----------------------|----------------------|----------------------|------------------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | Ref no. <input type="text"/> |
|----------------------|----------------------|----------------------|------------------------------|

**4** Mr ☐ Mrs ☐ Miss ☐ Ms ☐ Mx ☐ Other

Family name

First given name

**5** Postal address

|                      |
|----------------------|
| <input type="text"/> |
| <input type="text"/> |
| <input type="text"/> |
| Postcode             |

**6** Do you want this recorded as your permanent postal address?

No ☐

Yes ☐

If you are listed on a Medicare card with others and you do not want the address change applied to everyone on your Medicare card, contact us to transfer to a new card.

**7** Daytime phone number (including area code)

Email

**8** Prosthesis - **Tick all that apply**

Left breast ☐

Right breast ☐

## Bank account details

**9** **Read** this before answering the following question.

If you would like to update your bank details for all future Medicare payments, you can use your Medicare online account through myGov.

Where do you want your payment for this claim made?

Current bank account stored with Medicare ☐ **Go to 10**

New bank account ☐ Give details below

Details provided will be recorded as your permanent bank account for all future Medicare payments.

All payments are made through EFT. Payments **cannot** be made via EFT if the nominated account has restrictions on EFT deposits.

Payments cannot be made to an account used exclusively for funding from the National Disability Insurance Scheme.

Name of bank, building society or credit union

Branch number (BSB)

Account number (this may not be the card number)

Account held in the name(s) of



MCA0NH005 2607

## Executor or administrator details

Only complete question 10 and 11 if you are the executor or administrator of an estate where the claimant is deceased.

### 10 Full name of executor or administrator

### 11 Contact phone number (including area code)

## ਗੁਪਤਤਾ ਨੋਟਿਸ

12 ਤੁਹਾਡੀ ਨਿੱਜੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੀ ਗੁਪਤਤਾ ਅਤੇ ਸੁਰੱਖਿਆ ਸਾਡੇ ਲਈ ਮਹੱਤਵਪੂਰਨ ਹੈ, ਅਤੇ ਇਹ ਕਾਨੂੰਨ ਦੁਆਰਾ ਸੁਰੱਖਿਅਤ ਹੈ। ਅਸੀਂ ਇਹ ਜਾਣਕਾਰੀ ਇਸ ਲਈ ਇਕੱਠੀ ਕਰਦੇ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਜੋ ਅਸੀਂ ਤੁਹਾਡੀਆਂ ਅਰਜ਼ੀਆਂ ਅਤੇ ਭੁਗਤਾਨਾਂ ਦੀ ਕਾਰਵਾਈ ਅਤੇ ਪ੍ਰਬੰਧਨ ਕਰ ਸਕੀਏ ਅਤੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਸੇਵਾਵਾਂ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰ ਸਕੀਏ। ਅਸੀਂ ਤੁਹਾਡੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਸਿਰਫ਼ ਉਸ ਵੇਲੇ ਹੀ ਹੋਰ ਧਿਰਾਂ ਨਾਲ ਸਾਂਝੀ ਕਰਦੇ ਹਾਂ, ਜਦੋਂ ਤੁਸੀਂ ਇਸ ਲਈ ਸਹਿਮਤੀ ਦਿੰਦੀ ਹੋਵੋ ਜਾਂ ਜਦੋਂ ਕਾਨੂੰਨ ਇਸ ਦੀ ਇਜਾਜ਼ਤ ਦਿੰਦਾ ਹੋਵੇ ਜਾਂ ਇਸ ਦੀ ਮੰਗ ਕਰਦਾ ਹੋਵੇ। ਵਧੇਰੇ ਜਾਣਕਾਰੀ ਲਈ, [servicesaustralia.gov.au/privacypolicy](https://servicesaustralia.gov.au/privacypolicy) 'ਤੇ ਜਾਓ।

## ਘੋਸ਼ਣਾ

### 13 ਮੈਂ ਘੋਸ਼ਣਾ ਕਰਦਾ/ਕਰਦੀ ਹਾਂ ਕਿ:

- ਮੈਂ ਇਸ ਫਾਰਮ ਦੇ ਪੰਨਾ 1 'ਤੇ ਦਿੱਤੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਪੜ੍ਹ ਲਈ ਹੈ
- ਮੇਰੀ ਕੈਸਰ ਕਾਰਨ ਛਾਤੀ ਦੀ ਸਰਜਰੀ ਹੋਈ ਹੈ
- ਜਿਸ ਰਕਮ ਦਾ ਦਾਅਵਾ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਹੈ, ਉਸ ਦਾ ਭੁਗਤਾਨ ਕੀਤਾ ਜਾ ਚੁੱਕਾ ਹੈ
- ਮੈਂ ਆਪਣੀ ਪ੍ਰਾਈਵੇਟ ਹੈਲਥ ਇੰਸ਼ੂਰੈਂਸ ਰਾਹੀਂ ਦਾਅਵਾ ਕੀਤਾ ਹੈ (ਜੇਕਰ ਲਾਗੂ ਹੁੰਦਾ ਹੈ)
- ਮੈਂ ਇਸ ਖ਼ਰੀਦ ਲਈ ਵੈਟਰਨਜ਼ ਅਫੇਅਰਜ਼ ਵਿਭਾਗ ਤੋਂ ਵਿੱਤੀ ਸਹਾਇਤਾ ਦਾ ਦਾਅਵਾ ਕਰਨ ਲਈ ਹੱਕਦਾਰ ਨਹੀਂ ਹਾਂ
- ਮੈਂ ਮ੍ਰਿਤਕ ਦਾਅਵੇਦਾਰ ਦੀ ਜਾਇਦਾਦ ਵੱਲੋਂ ਕਾਰਵਾਈ ਕਰਨ ਵਾਲਾ ਵਸੀਅਤ ਪ੍ਰਬੰਧਕ (ਐਗਜ਼ੀਕਿਊਟਰ) ਜਾਂ ਐਡਮਿਨਿਸਟ੍ਰੇਟਰ ਹਾਂ (ਜੇਕਰ ਲਾਗੂ ਹੁੰਦਾ ਹੈ)। ਮੈਂ ਇਸ ਦੀ ਪੁਸ਼ਟੀ ਕਰਨ ਵਾਲੇ ਉਚਿਤ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਸਰਵਿਸਿਜ਼ ਆਸਟ੍ਰੇਲੀਆ ਨੂੰ ਪਹਿਲਾਂ ਜਾਂ ਇਸ ਦਾਅਵੇ ਦੇ ਨਾਲ ਮੁਹੱਈਆ ਕਰਵਾ ਦਿੱਤੇ ਹਨ
- ਮੈਂ ਗੁਪਤਤਾ ਸੂਚਨਾ ਪੜ੍ਹ ਲਈ ਹੈ, ਇਸ ਨੂੰ ਸਮਝਦਾ/ਸਮਝਦੀ ਹਾਂ ਅਤੇ ਇਸ ਨਾਲ ਸਹਿਮਤ ਹਾਂ
- ਇਸ ਫਾਰਮ ਵਿੱਚ ਮੇਰੇ ਵੱਲੋਂ ਦਿੱਤੀ ਗਈ ਜਾਣਕਾਰੀ ਪੂਰੀ ਅਤੇ ਸਹੀ ਹੈ।

### ਮੈਂ ਸਮਝਦਾ/ਸਮਝਦੀ ਹਾਂ ਕਿ:

- ਮੈਂ ਬਾਹਰੋਂ ਪਹਿਨੀ ਜਾਣ ਵਾਲੀ ਨਕਲੀ ਛਾਤੀ (ਐਕਸਟਰਨਲ ਬ੍ਰੈਸਟ ਪ੍ਰੋਸਥੀਸਿਸ) ਦੀ ਖ਼ਰੀਦ ਲਈ ਭੁਗਤਾਨ ਵਾਪਸੀ ਦਾ ਦਾਅਵਾ ਕਰ ਰਿਹਾ/ਰਹੀ ਹਾਂ
- ਗ਼ਲਤ ਜਾਂ ਗੁੰਮਰਾਹਕੁੰਨ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੇਣਾ ਇੱਕ ਗੰਭੀਰ ਅਪਰਾਧ ਹੈ।

ਦਾਅਵੇਦਾਰ ਦੇ ਦਸਤਖ਼ਤ



ਫਾਰਮ ਭਰਨ ਤੋਂ ਬਾਅਦ, ਇਸ ਨੂੰ ਪ੍ਰਿੰਟ ਕਰੋ  
ਅਤੇ ਆਪਣੇ ਹੱਥ ਨਾਲ ਦਸਤਖ਼ਤ ਕਰੋ।

ਮਿਤੀ (DD MM YYYY)

## ਇਹ ਫਾਰਮ ਵਾਪਸ ਭੇਜਣਾ

ਇਹ ਯਕੀਨੀ ਬਣਾਓ ਕਿ ਸਾਰੇ ਲੋੜੀਂਦੇ ਪ੍ਰਸ਼ਨਾਂ ਦੇ ਜਵਾਬ ਦਿੱਤੇ ਗਏ ਹਨ ਅਤੇ ਫਾਰਮ 'ਤੇ ਦਸਤਖ਼ਤ ਅਤੇ ਮਿਤੀ ਲਿਖੀ ਹੋਈ ਹੈ। ਆਪਣੇ ਦਾਅਵੇ ਦੇ ਨਾਲ ਆਪਣੀ ਰਸੀਦ ਜਾਂ ਰਸੀਦਾਂ ਦੀ ਕਾਪੀ ਨੱਥੀ ਕਰੋ, ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਹਰ ਖ਼ਰੀਦ ਦਾ ਵੇਰਵਾ ਸ਼ਾਮਲ ਹੋਵੇ।

ਇਹ ਫਾਰਮ ਅਤੇ ਇਸ ਨਾਲ ਸੰਬੰਧਿਤ ਸਹਾਇਕ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਹੇਠ ਲਿਖੇ ਤਰੀਕਿਆਂ ਰਾਹੀਂ ਭੇਜੋ:

- ਡਾਕ ਰਾਹੀਂ:**  
(External Breast Prostheses Reimbursement Program)  
ਬਾਹਰੀ ਨਕਲੀ ਛਾਤੀਆਂ ਲਗਾਉਣ ਦੇ ਖ਼ਰਚੇ ਦਾ ਭਰਪਾਈ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ  
GPO Box 9822  
ਤੁਹਾਡੇ ਰਾਜ ਜਾਂ ਖੇਤਰ ਦੀ ਰਾਜਧਾਨੀ ਵਿੱਚ
- [ebpr@servicesaustralia.gov.au](mailto:ebpr@servicesaustralia.gov.au)** 'ਤੇ ਈਮੇਲ ਕਰੋ  
ਅਸੁਰੱਖਿਅਤ ਨੈੱਟਵਰਕਾਂ ਜਾਂ ਈਮੇਲ ਮਾਧਿਅਮਾਂ ਰਾਹੀਂ ਨਿੱਜੀ ਜਾਣਕਾਰੀ  
ਭੇਜਣ ਨਾਲ ਕੁੱਝ ਜ਼ੋਖਮ ਹੋ ਸਕਦੇ ਹਨ।
- ਸਾਡੇ ਕਿਸੇ ਸਰਵਿਸ ਸੈਂਟਰ ਵਿੱਚ ਖੁਦ ਨਿੱਜੀ ਤੌਰ 'ਤੇ ਜਾ ਕੇ।

ਫਾਰਮ ਰੀਸੈਟ ਕਰੋ