

Claim for External Breast Prostheses Reimbursement Program (NH005)

本份表格用途

如果您于 2008 年 7 月 1 日或之后购买了新的或替换用的外置义乳，请填写此表格。

外置义乳补贴计划

您可申请最高 400 澳元的补贴购买外置义乳；如果您因双侧乳房切除术后需要双侧外置义乳，则最高可申请 800 澳元补贴。对于因癌症接受乳房手术的人士，本补贴可用于补助购买外置义乳或外置游泳义乳。乳房相关手术包括：

- 双侧乳房切除术；
- 预防性乳房切除术（为降低患乳腺癌风险而进行的预防性手术）；
- 部分乳房切除术；
- 肿块切除术。

申请资格

如果您符合以下条件，即可申请此项补贴：

- 已加入 Medicare；
- 因癌症接受过乳房手术；
- 在过去两年内未购买外置义乳并根据本计划申请补贴。

如果您有资格获得退伍军人事务部（DVA）提供的相关资助，请向 DVA 申请相应补助。

如果申请人在购买义乳后去世，其遗嘱执行人或管理人可代为提交申请。如果此前尚未提供，须随本申请一并提交证明其为遗嘱执行人或遗产管理人的文件。

申请频率限制

您每两年只能就每个外置义乳申请一次补贴。我们将根据收据上的日期，核实您自上次领取补贴以来是否已满两年。

如果您购买外置义乳至今不足两年，则仅可出于医疗原因需要更换义乳时申请补贴。申请时必须附上医生或其他医疗专业人员出具的证明信，说明您需要更换新的外置义乳的医疗原因。

如果您在上次购买外置义乳后未两年便购买替换用义乳，则不能因以下情况申请补贴：

- 所选义乳不适合；
- 尺寸或贴合度不合适；
- 改变主意；
- 因日常使用导致义乳质量下降；
- 义乳故障或损坏。

如果出现上述情况，请联系您的义乳供应商。

申请补贴前

您需先自行购买外置义乳，然后才能向我们申请补贴。如果您：

- 购买了私人医疗保险，则须先向保险公司提出理赔申请，然后才能向我们申请补贴。
- 正在领取 Centrelink 福利金，请查询您是否符合预支福利金的申请条件，以协助支付义乳费用。

了解更多信息，请访问

servicesaustralia.gov.au/advancepayments

可获得的补贴金额

在计算补贴金额时，我们会扣除您已从私人医疗保险或其他渠道获得的理赔款或退款。每个外置义乳的补贴金额上限为 400 澳元。我们会根据您的申请时提供的资料，计算您可获得的补贴金额。

补贴金额计算示例

如果您购买一只外置义乳，费用为 130 澳元，我们将全额补贴 130 澳元。

如果您接受过双侧乳房切除术并购买两只外置义乳，总费用为 800 澳元，我们将全额补贴 800 澳元。

如果您购买一只外置义乳，费用为 500 澳元，并获得私人医疗保险 200 澳元的理赔，我们将向您支付 200 澳元补贴。这是 400 澳元补贴上限扣除您已获得的理赔款后的余额。

您不能申请补贴的项目

文胸或其他产品，例如义乳套、乳头垫、术后泳衣、植入式义乳或乳房重建手术。

补贴发放方式

所有补贴均将通过电子资金转账（EFT）的方式支付至您指定的银行账户。我们会向您指定的邮寄地址寄发付款通知，列明已支付至您银行账户的补贴金额。

大多数申请将在 10 个工作日内处理。

了解更多信息

请访问 servicesaustralia.gov.au/ebprp 或致电 132 011 联系我们。

其他语言信息

我们可以为您申请补贴所需的文件提供免费翻译服务。如需使用您的母语与我们沟通，请致电 132 011。

听力与言语协助服务

如果您有听力或言语障碍，可以通过以下服务联系我们：

- 全国中继服务（National Relay Service）**1800 555 660**，或
- 我们的 TTY 服务 **1800 810 586**。您需要一部 TTY 电话才能使用此服务。

了解更多有关沟通协助的信息，请访问 servicesaustralia.gov.au 并搜索“accessibility”（无障碍服务）。

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

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

			Ref no.
----------------------	----------------------	----------------------	------------------------------

4 Mr ☐ Mrs ☐ Miss ☐ Ms ☐ Mx ☐ Other

Family name

First given name

5 Postal address

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

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

--

12 我们重视您的个人信息隐私和安全，并依法予以保护。我们收集这些信息，是为了处理并管理您的申请及补贴款项，并为您提供相关服务。只有在您同意、或法律允许或规定的情况下，我们才会向其他机构或个人披露您的信息。了解更多信息，请访问 servicesaustralia.gov.au/privacypolicy

- 本人已阅读本表格第 1 页上的信息
- 本人因癌症接受过乳房手术
- 申请补贴所涉及的费用已支付
- 本人已向私人医疗保险公司申请理赔（如适用）
- 本人不符合向退伍军人事务部（DVA）申请购买义乳资助的资格
- 本人为已故申请人遗产的遗嘱执行人或遗产管理人（如适用）。本人已向 Services Australia 提交（此前已提交或随本申请一并提交）相关证明文件，以证明本人为遗嘱执行人或管理人
- 本人已阅读、理解并同意《隐私保护声明》
- 本人在本申请表中提供的所有信息正确无误并且没有隐瞒或遗漏。

- 本人正在申请外置义乳购置费用补贴
- 提供虚假或误导信息属于严重违法行为。

 填写完成后，请打印本表格并亲笔签名。

请检查所有必填项目是否已填写完整，并确认表格已签名及填写日期。
请随申请附上收据副本，其中应包含每项购买项目的说明。

- **邮寄至**
Services Australia
External Breast Prostheses Reimbursement Program
GPO Box 9822
您所在州或领地的首府城市
- 发送电子邮件至 **ebpr@servicesaustralia.gov.au**
通过不安全的网络或电子邮件服务传输个人信息可能存在风险。
- 亲自前往我们的任一服务中心提交。

3 of 3