



**centrelink**

**Who should complete this form?**

This form should be completed by a person with a disability, illness or injury who is looking for work and is applying for a Centrelink payment or claiming a pension from another country.

Please return the completed form **within 28 days** of receiving it, to ensure that you get assistance from the earliest date possible.

**Wer sollte dieses Formular ausfüllen?**

Dieses Formular sollte von Personen ausgefüllt werden, die Behinderungen, Krankheiten oder Verletzungen haben und eine Zahlung von Centrelink oder eine Rente von einem anderen Land beantragen.

Bitte senden Sie das ausgefüllte Formular **innerhalb von 28 Tagen** nach Erhalt zurück, damit Sie baldmöglichst Hilfe erhalten können.

**1 Customer details  
Kundenangaben**

Centrelink Reference Number (if known)  -  -  -   
Centrelink-Referenznummer (sofern bekannt)

Family name   
Familiennamen

Maiden name (if applicable)   
Mädchenname (falls zutreffend)

Previous married name (if applicable)   
Früherer Ehepartner (falls zutreffend)

Other aliases (if applicable)   
Sonstige Pseudonyme (falls zutreffend)

Given name(s)   
Vorname/n

Date of birth  Day/Tag / Month/Monat / Year/Jahr  Male  Female  
Geburtsdatum Männlich Weiblich

Address   
Adresse   
 Postcode Postleitzahl

Is there a telephone number we can contact you on? No   
Nein  
Yes  ( )  
Ja

Do you need an interpreter? No   
Nein  
Yes  Preferred language Welche Sprache bevorzugen Sie?  
Ja

**2 Please list any disabilities, illnesses or injuries that you have  
Bitte geben Sie alle Ihre Behinderungen, Krankheiten oder Verletzungen an**



CLK0AUS142AT 1807

**3** When did these disabilities, illnesses or injuries start to make it difficult for you to work or study full-time?

Month/Monat / Year/Jahr

OR/ODER

I have had my disabilities or illnesses since birth   
Ich habe diese Behinderungen oder Krankheiten seit meiner Geburt

**Seit wann machen diese Behinderungen, Krankheiten oder Verletzungen es Ihnen schwer, vollzeitig zu arbeiten oder zu studieren?**

**4** Are you getting any treatment for your disabilities, illnesses or injuries?

No

Nein

Yes

Ja

Please give details  
Bitte erläutern Sie

e.g. medication, physical therapy, counselling

**Werden Sie wegen dieser Behinderungen, Krankheiten oder Verletzungen behandelt?**

z.B. Medikamente, Physiotherapie, Beratung

Empty text box for details of treatment.

*If you need more space please attach a separate sheet of paper with details.  
Wenn Sie mehr Platz brauchen, fügen Sie bitte weitere Seiten bei.*

**5** Have you ever been hospitalised because of these disabilities, illnesses or injuries?

No

Nein

Yes

Ja

Date of last admission  
Datum der letzten Einweisung

Day/Tag / Month/Monat / Year/Jahr

**Sind Sie jemals wegen dieser Behinderungen, Krankheiten oder Verletzungen im Krankenhaus gewesen?**

Name of hospital  
Name des Krankenhauses

Empty text box for hospital name.

Duration of stay  
Dauer des Aufenthalts

From  
Von

To  
Bis

Day/Tag / Month/Monat / Year/Jahr

Day/Tag / Month/Monat / Year/Jahr

Reason for admission  
e.g. operation, investigation, treatment  
Grund für die Einweisung  
z.B. Operation, Untersuchung, Behandlung

Empty text box for reason for admission.

Number of admissions in the last 5 years  
Anzahl der Einweisungen in den letzten 5 Jahren

Empty text box for number of admissions.

**6** Are you expecting to have an operation in the future?

No

Nein

Yes

Ja

Type of operation/procedure  
Art der Operation/des Eingriffs

Empty text box for type of operation/procedure.

**Erwarten Sie, sich künftig einer Operation unterziehen zu müssen?**

Expected date (if known)  
Voraussichtlicher Operationstermin (falls bekannt)

Day/Tag / Month/Monat / Year/Jahr

Where will operation take place (if known)  
Wo wird die Operation stattfinden (falls bekannt)?

Empty text box for location of operation.

Reason for operation  
Grund der Operation

Empty text box for reason for operation.



**8** In a workplace, would your disabilities, illnesses or injuries make it difficult for you to:  
**Hätten Sie am Arbeitsplatz wegen Ihrer Behinderungen, Krankheiten oder Verletzungen Schwierigkeiten:**

**Please give further details (if applicable)**  
**Bitte geben Sie weitere Einzelheiten an**  
 (soweit zutreffend)

	no nein	sometimes manchmal	often oft	all the time immer	
<b>A interact with others? mit anderen Leuten umzugehen?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>B maintain appropriate behaviour? sich angemessen zu benehmen?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>C cope with work related stress or pressure? arbeitsbedingte Belastungen oder Stress zu ertragen?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>D learn new tasks? neue Aufgaben zu erlernen?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>E remember how to do tasks? sich zu erinnern, wie man Arbeiten ausführt?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>F understand and follow instructions? Anweisungen zu verstehen und zu befolgen?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>G concentrate? sich zu konzentrieren?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>H persist at tasks without unscheduled breaks? sich einer Aufgabe zu widmen, ohne ungeplante Pausen einzulegen?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>I undertake more than one task? mehr als eine Aufgabe auszuführen?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>J look after your personal care needs? selbst für Ihre hygienischen Bedürfnisse zu sorgen?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>K physically complete tasks? körperlich fähig zu sein, Aufgaben auszuführen?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>L move safely around the workplace? sich am Arbeitsplatz ohne Gefahr zu bewegen?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>M communicate with others? mit anderen Leuten zu kommunizieren?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>N control the use of your language? Ihr sprachliches Ausdrucksvermögen richtig zu beherrschen?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**9 Who is the doctor who you usually see about your disabilities, illnesses or injuries?**  
 e.g. your general practitioner.  
**Welchen Arzt sehen Sie im Allgemeinen bezüglich Ihrer Behinderung/en, Krankheit/en oder Verletzung/en?**  
 Z. B. Ihren Allgemeinarzt

Name  
Name

Address  
Adresse

Telephone  
Telefon

Do you give permission for us to contact this person?  
 Gestatten Sie es uns, mit dieser Person in Kontakt zu treten?

No  Yes   
 Nein  Ja

**10 Have any specialists or other doctors treated you for these disabilities, illnesses or injuries?**  
**Wurden Sie bereits von Fachärzten oder anderen Ärzten bezüglich dieser Behinderung/en, Krankheit/en oder Verletzung/en behandelt?**

No   
 Nein

Yes  **Name**  
 Ja

Name  
Name

Address  
Adresse

Telephone  
Telefon

Date of last visit  
 Datum des letzten Besuchs

Conditions for which you were treated  
 Leiden, für das/die Sie behandelt wurden

*If you have specialist reports, please attach copies.  
 Bitte legen Sie etwaige Kopien von Facharztberichten bei.*

**11 Is there anybody else you have consulted or that has assisted you with any of your disabilities, illnesses or injuries?**  
 e.g. • counsellor  
 • social worker  
 • community health worker  
 • teacher  
 • psychologist  
 • physiotherapist

No   
 Nein

Yes  **1**

Name  
Name

Profession  
Beruf

Address  
Adresse

Telephone  
Telefon

Do you give permission for us to contact this person?  
 Gestatten Sie es uns, mit dieser Person in Kontakt zu treten?

No  Yes   
 Nein  Ja

**2**

Name  
Name

Profession  
Beruf

Address  
Adresse

Telephone  
Telefon

Do you give permission for us to contact this person?  
 Gestatten Sie es uns, mit dieser Person in Kontakt zu treten?

No  Yes   
 Nein  Ja

*If you need more space, please attach a separate sheet of paper with details.  
 Wenn Sie mehr Platz brauchen, fügen Sie bitte weitere Seiten bei.*

**12 Is there any other information you feel we need to know about your disabilities, illnesses or injuries?**

No   
Nein

Yes  Please give details  
Ja Bitte erläutern Sie

**Gibt es andere Angaben in Bezug auf Ihre Behinderungen, Krankheiten oder Verletzungen, die Sie uns mitteilen möchten?**

Large empty box with horizontal dashed lines for providing details.

*If you need more space, please attach a separate sheet of paper with details.  
Wenn Sie mehr Platz brauchen, fügen Sie bitte weitere Seiten bei.*

**13 School or full-time education details**  
**Angaben über Schulbildung oder sonstige Ausbildung auf Vollzeitbasis**

How old were you when you left school or full-time education?

years old  
Jahre alt

Wie alt waren Sie, als Sie die Schule oder Vollzeitausbildung verlassen haben?

Year of leaving school/education  
Abschlussjahr

What grade/year did you reach?  
Welche Klasse/welches Schuljahr haben Sie erreicht?

What is the highest educational qualification you obtained?

e.g. Year 10 Certificate, Higher School Certificate, Degree

Ihr höchster Ausbildungsstand?  
z.B. 10. Schuljahr, Abitur, akademischer Grad

Large empty box with horizontal dashed lines for providing details.

**14 Have you gained any other qualifications, skills or experience?**

No   
Nein

Yes  Please give details  
Ja Bitte erläutern Sie

Include things like voluntary work, courses, trade tickets, licences, diplomas, tertiary qualifications.

**Haben Sie irgendwelche anderen Qualifikationen, Fertigkeiten oder Erfahrung?**

Einschliesslich freiwillige Arbeit, Kurse, Handwerk, Lizenzen, Diplome, akademische Qualifikationen

Large empty box with horizontal dashed lines for providing details.

*If you need more space, please attach a separate sheet of paper with details.  
Wenn Sie mehr Platz brauchen, fügen Sie bitte weitere Seiten bei.*

**15 Have you ever worked?**  
**Haben Sie jemals gearbeitet?**

No   
Nein

Go to **Question 18**  
Bitte zur **Frage 18**

Yes   
Ja

What date did you last work?  
Wann haben Sie zuletzt gearbeitet?

Month/Monat    Year/Jahr  
/



**18** Have you participated in any programs to help you find work, stay in a job, return to work, manage your injury or help you with vocational rehabilitation, gaining new skills, work experience or training?

No

Nein

Yes

Ja

**1** Name of provider   
 Name des Anbieters

Type of program   
 Art des Programms

Dates you participated From To  
 Daten Ihrer Teilnahme Von Bis

Day/Tag Month/Monat Year/Jahr Day/Tag Month/Monat Year/Jahr  
 / / / / / /

**2** Name of provider   
 Name des Anbieters

Type of program   
 Art des Programms

Dates you participated From To  
 Daten Ihrer Teilnahme Von Bis

Day/Tag Month/Monat Year/Jahr Day/Tag Month/Monat Year/Jahr  
 / / / / / /

Attach any documentation you have which provides details of your participation in the program, including when the program started and finished, the requirements of the program, what activities you undertook while in the program and for how long.

Bitte fügen Sie alle Unterlagen bei, die Einzelheiten Ihrer Teilnahme am Programm enthalten, z. B. Programmbeginn und -ende, Anforderungen des Programms sowie in seinem Rahmen durchgeführte Aktivitäten und deren Dauer.

**19** Is there any reason why you could not do a rehabilitation or training program in the future?

No

Nein

Yes

Ja

Is this because you are about to have other treatment?

Liegt es daran, dass Sie demnächst eine andere Behandlung erhalten werden?

No

Nein

Yes

Ja

Please give details

Bitte erläutern Sie

If you need more space, please attach a separate sheet of paper with details.

Wenn Sie mehr Platz brauchen, fügen Sie bitte weitere Seiten bei.

Is this drug or alcohol related?

Ist dies in Verbindung mit Drogen oder Alkohol?

No

Nein

Yes

Ja

Is there another reason?

Gibt es einen anderen Grund?

No

Nein

Yes

Ja

Please give details

Bitte erläutern Sie

If you need more space, please attach a separate sheet of paper with details.

Wenn Sie mehr Platz brauchen, fügen Sie bitte weitere Seiten bei.



- 20** When do you think you will be able to start part-time or full-time work or study?  
**Wann werden Sie Ihrer Meinung nach in der Lage sein, eine Erwerbstätigkeit, Aus- oder Weiterbildung in Vollzeit oder Teilzeit aufzunehmen?**
- |  |                                       |  |
|--|---------------------------------------|--|
| now <input type="checkbox"/>             | 6–12 months <input type="checkbox"/>  | more than 2 years <input type="checkbox"/> |
| jetzt                                    | in 6–12 Monaten                       | nach mehr als 2 Jahren                     |
| within 6 months <input type="checkbox"/> | 12–24 months <input type="checkbox"/> | never <input type="checkbox"/>             |
| innerhalb von 6 Monaten                  | in 12–24 Monaten                      | nie  |

- 21** Did someone help you complete this form?  
**Hatten Sie Hilfe beim Ausfüllen dieses Formulars?**
- No   
 Nein
- Yes  Who helped you?  
 Ja Wer hat Ihnen geholfen?
- Name   
 Name
- Address   
 Adresse
- Telephone   
 Telefon ( )
- Postcode   
 Postleitzahl
- Do you give permission for us to contact this person? No  Yes   
 Gestatten Sie es uns, mit dieser Person in Kontakt zu treten? Nein Ja

**22** IMPORTANT INFORMATION  
**WICHTIGE INFORMATIONEN**

**Privacy and your personal information**

Your personal information is protected by law (including the *Privacy Act 1988*) and is collected by the Australian Government Department of Human Services for the assessment and administration of payments and services. This information is required to process your application or claim.

Your information may be used by the department, or given to other parties where you have agreed to that, or where it is required or authorised by law (including for the purpose of research or conducting investigations).

You can get more information about the way in which the department will manage your personal information, including our privacy policy, at [humanservices.gov.au/privacy](http://humanservices.gov.au/privacy)

**Datenschutz und Ihre personenbezogenen Informationen**

Ihre personenbezogenen Informationen sind gesetzlich geschützt (u. a. durch das *Privacy Act 1988*) und werden vom Department of Human Services der australischen Bundesregierung zur Beurteilung und Verwaltung von Zahlungen und Leistungen erhoben.

Diese Informationen sind zur Bearbeitung Ihres Antrags oder Anspruchs erforderlich.

Die Behörde kann Ihre Informationen verwenden oder an Dritte weitergeben, wenn Sie diesem Vorgehen zugestimmt haben oder es gesetzlich erforderlich oder zulässig ist (u. a. für Forschungs- oder Ermittlungszwecke).

Weitere Informationen darüber, wie die Behörde Ihre personenbezogenen Daten verwaltet wird, sowie über unsere Datenschutzrichtlinien erhalten Sie unter [humanservices.gov.au/privacy](http://humanservices.gov.au/privacy)

**23** Your statement

If the customer cannot sign this form, it should be signed by their legal representative and a copy of their guardianship or power of attorney papers should be attached.

**Ihre Erklärung**

Wenn der Kunde/ die Kundin dieses Formular nicht selbst unterschreiben kann, sollte es vom rechtlichen Vertreter unterschrieben und eine Kopie der Vormundschaftspapiere oder der Handlungsvollmacht beigelegt werden.

**I declare that:**

**I understand that:**

**Ich erkläre, dass:**

**Ich verstehe, dass:**

- the information I have given is correct.
- giving false or misleading information is a serious offence.
- die Angaben, die ich in diesem Formular gemacht habe, der Wahrheit entsprechen.
- die wissentliche Angabe falscher oder irreführender Informationen eine schwere Gesetzesverletzung darstellt.

**Your signature  
 Ihre Unterschrift**



**Date  
 Datum**

Day/Tag / Month/Monat Year/Jahr  
 / /

**Return this form to:**

**Department of Human Services  
International Services  
PO Box 7809  
Canberra BC ACT 2610  
AUSTRALIA**

**Senden Sie dieses Formular zurück an:**

**Department of Human Services  
International Services  
PO Box 7809  
Canberra BC ACT 2610  
AUSTRALIA**

- 1 Check that you have read and signed your statement above.
  - 2 Attach any further information you feel supports your application. If you cannot provide all of the documents immediately, do not delay returning your form. Please supply any remaining documents as soon as possible to Department of Human Services, International Services, PO Box 7809, Canberra BC ACT 2610, AUSTRALIA.
- 1 Bitte überprüfen Sie, dass Sie Ihre Erklärung gelesen und unterschrieben haben.
  - 2 Bitte legen Sie alle weiteren Informationen bei, die Ihren Antrag Ihrer Meinung nach unterstützen könnten. Senden Sie dieses Formblatt auch dann rechtzeitig ein, wenn Sie diese Dokumente nicht alle gleich beilegen können. Bitte senden Sie alle weiteren Dokumente baldmöglichst an das Department of Human Services, International Services, PO Box 7809, Canberra BC ACT 2610, AUSTRALIEN.

---

**ENQUIRIES**

If you have any questions, please call the Department of Human Services direct (free of charge) on **0800 295 165** (between 8.00 am and 5.00 pm Hobart Time, Monday to Friday).

This service may not be available from all locations in Austria. If this service is not available call the Department of Human Services on **(+61 3) 6222 3455** (outside Australia) or **131 673** (inside Australia).

**Note:** Call charges apply – calls from mobile phones may be charged at a higher rate.

**ANFRAGEN**

Bitte wenden Sie sich bei Fragen direkt unter der (gebührenfreien) Nummer **0800 295 165** an das Department of Human Services. Wir sind montags bis freitags von 8:00 bis 17:00 Uhr Ortszeit (Hobart) erreichbar.

Dieser Service ist eventuell nicht von allen Orten in Österreich aus verfügbar.

Ist dieser Service nicht verfügbar, wenden Sie sich bitte unter **(+61 3) 6222 3455** (ausserhalb Australiens) bzw. **131 673** (innerhalb Australiens) an das Department of Human Services.

**Hinweis:** Dieser Anruf ist gebührenpflichtig. Anrufe von Mobiltelefonen aus können zu höheren Gebühren abgerechnet werden.