



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.

Tko treba ispuniti ovaj obrazac?

Ovaj obrazac trebaju ispuniti osobe koje su invalidi ili bolesnici ili su pretrpjele ozljedu, a traže posao i podnose zahtjev za isplatu iz Centrelinka ili mirovinu iz druge države.

Molimo da vratite ispunjeni obrazac u roku od **28 dana** nakon primitka, kako biste počeli primati pomoć/isplatu što je prije moguće.

1 Customer details
Podaci o stranci

Centrelink Reference Number (if known)
Centrelinkov broj dosjea (ako ga znate)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Family name
Prezime

Maiden name (if applicable)
Djevojačko prezime
(ako se odnosi na Vas)

Previous married name (if applicable)
Prezime iz prethodnog braka
(ako se odnosi na Vas)

Other aliases (if applicable)
Druga imena
(ako se to odnosi na Vas)

Given name(s)
Osobno ime (imena)

Date of birth
Datum rođenja

Day/Dan	Month/Mjesec	Year/Godina
/	/	/

Male Female
Muško Žensko

Address
Adresa

Postcode Poštanski broj

Is there a telephone number
we can contact you on?
Postoji li telefonski broj na
koji vas se može kontaktirati?

No
Ne

Yes ()
Da

Do you need an interpreter?
Trebate li tumača?

No
Ne

Yes Preferred language
Da Jezik koji želite koristiti

**2 Please list any disabilities,
illnesses or injuries that you have**
**Navedite sve vrste invalidnosti,
bolesti ili ozljeda koje imate**



CLK0AUS142CB 1807

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

Month/Mjesec	/	Year/Godina
--------------	---	-------------

OR/ILI

I have had my disabilities or illnesses since birth
Invalid sam ili sam bolestan od rođenja

Kada vam je zbog invalidnosti, bolesti ili ozljeda postalo teško raditi puno radno vrijeme ili redovno studirati?

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

e.g. medication, physical therapy, counselling

Da li se liječite zbog invalidnosti, bolesti ili ozljeda?

npr. uzimanje lijekova, fizikalna terapija, savjetovanje

No
Ne

Yes Please give details
Da Navedite podatke

*If you need more space, please attach a separate sheet of paper with details.
Ako vam treba više prostora, molimo priložite posebni list papira s podacima.*

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

Jeste li ikada bili na bolničkom liječenju zbog ovih invalidnosti, bolesti ili ozljeda?

No
Ne

Yes Date of last admission
Da Datum posljednjeg prijema

Day/Dan	Month/Mjesec	Year/Godina
/	/	/

Name of hospital
Naziv bolnice

--

Duration of stay
Trajanje boravka

From
Od

To
Do

Day/Dan	Month/Mjesec	Year/Godina
/	/	/

Day/Dan	Month/Mjesec	Year/Godina
/	/	/

Reason for admission
e.g. operation, investigation, treatment

Razlog prijema
npr. operacija, pregled, liječenje

Number of admissions in the last 5 years
Broj prijema u posljednjih 5 godina

--

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

Očekujete li da ćete u budućnosti imati neku operaciju?

No
Ne

Yes Type of operation/procedure
Da Vrsta operacije/procedure

Expected date (if known)
Očekivani datum (ako je poznat)

Day/Dan	Month/Mjesec	Year/Godina
/	/	/

Where will operation take place (if known)
Gdje će se operacija obaviti (ako znate)

Reason for operation
Razlog operacije

7 How often does your disability, illness or injury make it difficult for you to: Koliko često vam je zbog vaše bolesti, invalidnosti ili ozljede teško...	no problem bez problema	sometimes ponekad	often često	all the time uvijek	Please give further details (if applicable) Navedite ostale podatke (ako ih imate)
sit sjediti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
stand stajati	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
walk hodati	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
climb stairs hodati uz stube	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
drive a car voziti auto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
use public transport koristiti javni prijevoz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
pick up objects podizati predmete	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
handle objects rukovati predmetima	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
lift dizati	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
carry nositi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
bend sagnuti se	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
operate everyday appliances or machinery svakodnevno rukovati aparatima ili strojevima	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
read čitati	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
write pisati	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
speak govoriti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
hear čuti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
concentrate koncentrirati se	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
remember pamtiti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
interact with others komunicirati s drugima	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
attend work or other appointments biti na poslu ili drugim sastancima	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
understand or follow instructions razumjeti ili slijediti upute	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
sleep spavati	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
breathe disati	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
manage your personal affairs obavljati svoje osobne stvari	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
care for yourself* brinuti se o sebi*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
care for others brinuti se o drugima	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

* If you have someone caring for you full-time, they may be eligible for a payment for carers. Please contact International Services if you need further details.

* Ako netko vodi brigu o vama puno radno vrijeme, ta bi osoba mogla ostvariti pravo na isplatu za njegovatelja. Molimo nazovite Međunarodne usluge ako trebate dodatne informacije.

8 In a workplace, would your disabilities, illnesses or injuries make it difficult for you to:

Na radnom mjestu, hoće li Vam zbog invalidnosti, bolesti ili ozljede biti teže:

no ne sometimes ponekad often često all the time uvijek

Please give further details (if applicable)
Navedite ostale podatke (ako ih imate)

**A interact with others?
družiti se s drugima?**

**B maintain appropriate behaviour?
održavati odgovarajuće ponašanje?**

**C cope with work related stress or pressure?
izdržati stres i pritisak zbog posla?**

**D learn new tasks?
učiti nove zadatke?**

**E remember how to do tasks?
sjećati se kako obaviti zadatke?**

**F understand and follow instructions?
razumjeti i slijediti upute?**

**G concentrate?
koncentrirati se?**

**H persist at tasks without unscheduled breaks?
obavljati zadatke bez nepredviđenih prekida?**

**I undertake more than one task?
preuzeti više od jednog zadatka?**

**J look after your personal care needs?
voditi računa o osobnoj njezi?**

**K physically complete tasks?
fizički obaviti zadatke?**

**L move safely around the workplace?
kretati se sa sigurnošću na radnom mjestu?**

**M communicate with others?
komunicirati s drugima?**

**N control the use of your language?
kontrolirati što govorite?**

9 Who is the doctor who you usually see about your disabilities, illnesses or injuries?
 e.g. your general practitioner.
Kod kojeg liječnika obično odlazite zbog invaliditeta, bolesti ili ozljeda?
 npr. liječnik opće prakse.

Name
 Ime

Address
 Adresa

Telephone
 Telefon

Do you give permission for us to contact this person?
 Dajete li nam dopuštenje da kontaktiramo tu osobu?

No Yes
 Ne Da

10 Have any specialists or other doctors treated you for these disabilities, illnesses or injuries?
Da li vas je koji specijalist ili neki drugi liječnik liječio zbog invaliditeta, bolesti ili ozljeda?

No
 Ne

Yes **Name**
 Da **Ime**

Address
 Adresa

Telephone
 Telefon

Date of last visit
 Datum posljednjeg pregleda

Conditions for which you were treated
 Zdravstveno stanje zbog kojeg ste liječeni

*If you have specialist reports, please attach copies.
 Ako imate mišljenje specijaliste, molimo priložite kopiju.*

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
Da li ste se obratili za mišljenje ili dobili pomoć od bilo koga drugoga u svezi invaliditeta, bolesti ili ozljeda?
 npr. • odvjetnik
 • socijalni radnik
 • općinski zdravstveni radnik
 • profesor
 • psiholog
 • fizioterapeut

No
 Ne

Yes **1**

Name
 Ime

Profession
 Zanimanje

Address
 Adresa

Telephone
 Telefon

Do you give permission for us to contact this person?
 Dajete li nam dopuštenje da kontaktiramo tu osobu?

No Yes
 Ne Da

2

Name
 Ime

Profession
 Zanimanje

Address
 Adresa

Telephone
 Telefon

Do you give permission for us to contact this person?
 Dajete li nam dopuštenje da kontaktiramo tu osobu?

No Yes
 Ne Da

*If you need more space, please attach a separate sheet of paper with details.
 Ako vam treba više prostora, molimo priložite posebni list papira s podacima.*

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

Postoje li bilo kakvi drugi podaci za koje smatrate da trebamo znati o vašoj invalidnosti, bolestima ili ozljedama?

No

Ne

Yes

Da

Please give details
Navedite podatke

*If you need more space, please attach a separate sheet of paper with details.
Ako vam treba više prostora, molimo priložite posebni list papira s podacima.*

13 School or full-time education details
Podaci o školi ili redovnom školovanju

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

	years old starost
--	----------------------

Koliko ste imali godina kada ste napustili školu ili redovno školovanje?

Year of leaving school/education

Godina napuštanja škole/ školovanja

What grade/year did you reach?

Do kojeg razreda/godine ste došli?

What is the highest educational qualification you obtained?

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

Koje ste najviše kvalifikacije stekli?

npr. svjedodžbu za 10 godina školovanja, visokoškolsku diplomu, akademski stupanj

--

--

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

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

Jeste li stekli neke druge kvalifikacije, stručne spreme ili iskustvo?

Navedite npr. dobrovoljni rad, tečajeve, dozvole za zanat, obrtnice, diplome, tercijarne kvalifikacije

No

Ne

Yes

Da

Please give details
Navedite podatke

*If you need more space, please attach a separate sheet of paper with details.
Ako vam treba više prostora, molimo priložite posebni list papira s podacima.*

15 Have you ever worked?
Jeste li ikada radili?

No

Ne

Yes

Da

Go to **Question 18**

Idite na **pitanje 18**

What date did you last work?

Datum kad ste posljednji puta radili?

Month/Mjesec	Year/Godina

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?

Jeste li sudjelovali u bilo kojim programima za lakše nalaženje posla, zadržavanje posla, povratak na posao, lakše podnošenje povrede ili programima za radnu rehabilitaciju, stjecanje novih sposobnosti, radnog iskustva ili prakse?

No

Ne

Yes

Da

1 Name of provider
Ime pružatelja usluga

Type of program
Vrsta programa

Dates you participated From To
Datumi sudjelovanja Od Do

Day/Dan	Month/Mjesec	Year/Godina	Day/Dan	Month/Mjesec	Year/Godina
/	/	/	/	/	/

2 Name of provider
Ime pružatelja usluga

Type of program
Vrsta programa

Dates you participated From To
Datumi sudjelovanja Od Do

Day/Dan	Month/Mjesec	Year/Godina	Day/Dan	Month/Mjesec	Year/Godina
/	/	/	/	/	/

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.

Priložite svu dokumentaciju koju imate, u kojoj se navode podaci o Vašem sudjelovanju u tom programu, uključujući kad je program počeo i završio, uvjete tog programa, koje ste aktivnosti obavljali tijekom sudjelovanja u programu i koliko dugo.

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

Postoji li razlog zbog kojeg ne biste mogli sudjelovati u programu osposobljavanja ili školovanja u budućnosti?

No

Ne

Yes

Da

Is this because you are about to have other treatment?
Je li razlog to što ćete imati drugo liječenje?

No

Ne

Yes

Da

Please give details
Navedite podatke

*If you need more space, please attach a separate sheet of paper with details.
Ako vam treba više prostora, molimo priložite posebni list papira s podacima.*

Is this drug or alcohol related?

Ima li to veze s drogom ili alkoholom?

No

Ne

Yes

Da

Is there another reason?

Postoji li drugi razlog?

No

Ne

Yes

Da

Please give details
Navedite podatke

*If you need more space, please attach a separate sheet of paper with details.
Ako vam treba više prostora, molimo priložite posebni list papira s podacima.*

- 20** When do you think you will be able to start part-time or full-time work or study?
Što mislite kad ćete biti u stanju početi rad ili školovanje s punim ili skraćenim radnim vremenom?
- | | | | | | |
|--|--------------------------|----------------------------------|--------------------------|--|--------------------------|
| now
sada | <input type="checkbox"/> | 6–12 months
in 6–12 mjeseci | <input type="checkbox"/> | more than 2 years
za više od 2 godine | <input type="checkbox"/> |
| within 6 months
u roku od 6 mjeseci | <input type="checkbox"/> | 12–24 months
in 12–24 mjeseca | <input type="checkbox"/> | never
nikada | <input type="checkbox"/> |

- 21** Did someone help you complete this form?
Je li vam netko pomogao ispuniti ovu tiskanicu?
- No
Ne
- Yes Who helped you?
Da Tko vam je pomogao?
- Name
Ime
- Address
Adresa
- Postcode
Poštanski broj
- Telephone
Telefon
- Do you give permission for us to contact this person?
Dajete li nam dopuštenje da kontaktiramo tu osobu?
- No Yes
Ne Da

22 IMPORTANT INFORMATION
VAŽNE INFORMACIJE

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

Zaštita privatnosti i Vaši osobni podaci

Vaši osobni podaci su zaštićeni zakonom (uključujući Zakon o zaštiti privatnosti (*Privacy Act 1988*)). Prikuplja ih australska Vlada, Department of Human Services, za procjenu i administraciju isplata i usluga. Ove su informacije potrebne za obrađivanje Vaše molbe ili zahtjeva.

Vaše informacije ministarstvo može koristiti ili ustupiti drugim službama kad za to date svoju suglasnost, ili ako to zakon nalaže ili omogućuje (uključujući u svrhu istraživanja ili vođenja istrage).

Više informacija o tome kako ministarstvo postupa s Vašim osobnim podacima, uključujući naš pravilnik o zaštiti privatnosti, možete pronaći na 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.

Vaša izjava

Ukoliko stranka ne može potpisati ovu tiskanicu, treba je potpisati njezin pravni zastupnik i treba priložiti isprave o skrbništvu ili punomoći.

I declare that:

I understand that:

Izjavljujem:

Razumijem:

- the information I have given is correct.
- giving false or misleading information is a serious offence.
- da su podaci koje sam naveo/navela točni.
- da se namjerno davanje netočnih i lažnih podataka kažnjava.

**Your signature
Vaš potpis**



Date
Datum

Day/Dan / Month/Mjesec / Year/Godina /

Return this form to:

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

Vratite ovaj obrazac na:

**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 Provjerite da ste pročitali i potpisali vašu ranije navedenu izjavu.
 - 2 Priložite sve podatke za koje smatrate da će poduprijeti vaš zahtjev. Ukoliko ne možete odmah pribaviti sve isprave, nemojte odgoditi vraćanje ove tiskanice. Preostale isprave dostavite što prije na Department of Human Services, International Services, PO Box 7809, Canberra BC ACT 2610, AUSTRALIA.

ENQUIRIES

If you have any questions please call

(+61 3) **6222 3455** (outside Australia)

131 673 (inside Australia)

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

UPITI

Ako imate kakvih pitanja izvoliti nazvati

(+61 3) **6222 3455** (izvan Australije)

131 673 (u Australiji)

Opaska: Pozivi se naplaćuju – pozivi s mobitela se mogu naplaćivati po višoj tarifi.