



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.

Qui doit remplir ce formulaire ?

Ce formulaire doit être rempli par toute personne souffrant d'un handicap, d'une maladie ou victime d'un accident, à la recherche d'un emploi et réclamant une indemnité auprès de Centrelink ou déposant une demande de pension auprès d'un autre pays.

Afin de recevoir une aide financière dans les meilleurs délais, veuillez renvoyer le formulaire rempli **dans les 28 jours** après réception.

1 Customer details
Coordonnées du client

Centrelink Reference Number (if known)
Référence client Centrelink (si connue)

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

Family name
Nom de famille

Maiden name (if applicable)
Nom de jeune fille (le cas échéant)

Previous married name (if applicable)
Nom d'épouse antérieur
(le cas échéant)

Other aliases (if applicable)
Autres noms d'usage
(le cas échéant)

Given name(s)
Prénom(s)

Date of birth
Date de naissance

Day/Jour	Month/Mois	Year/Année
/	/	/

Male
Homme

Female
Femme

Address
Adresse

Postcode Code postal

Is there a telephone number
we can contact you on?
Non

Avez-vous un numéro de
téléphone où nous puissions
vous contacter ?
Yes
Oui

Do you need an interpreter?
Non

Avez-vous besoin d'un
interprète ?
Yes
Oui

Preferred language
Langue préférée

**2 Please list any disabilities,
illnesses or injuries that you have**
**Veuillez énumérer les handicaps,
maladies ou accidents dont vous
souffrez**



CLK0AUS142CHF 1807

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

OR/OU

Quand ces handicaps, maladies ou accidents ont-ils commencé à affecter votre capacité à travailler ou étudier à temps complet ?

I have had my disabilities or illnesses since birth
Je souffre de mes handicaps ou maladies depuis la naissance

4 Are you getting any treatment for your disabilities, illnesses or injuries? No
Non

e.g. medication, physical therapy, counselling

Suivez-vous un traitement pour soigner votre handicap, maladie ou accident ?

par ex. traitement médical, physiothérapie, conseils psychologiques

Yes Please give details
Oui Veuillez donner des précisions

If you need more space please attach a separate sheet of paper with details.
Si vous avez besoin de plus d'espace, veuillez joindre une feuille séparée pour donner des précisions.

5 Have you ever been hospitalised because of these disabilities, illnesses or injuries? No
Non

Avez-vous déjà été hospitalisé à cause de ce handicap, maladie ou accident ?

Yes Date of last admission
Oui Date de la dernière admission

Day/Jour	Month/Mois	Year/Année
/	/	/

Name of hospital
Nom de l'hôpital

--

Duration of stay
Durée du séjour

From De	To À
Day/Jour / Month/Mois / Year/Année	Day/Jour / Month/Mois / Year/Année

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

Motif de l'admission
par ex. opération, examen, soins

Number of admissions in the last 5 years
Nombre d'admissions au cours des 5 dernières années

--

6 Are you expecting to have an operation in the future? No
Non

Est-il prévu de vous opérer à l'avenir ?

Yes Type of operation/procedure
Oui Type d'opération/intervention

Expected date (if known)
Date prévue (si connue)

Day/Jour	Month/Mois	Year/Année
/	/	/

Where will operation take place (if known)
Lieu de l'opération (si connu)

Reason for operation
Motif de l'opération

7 How often does your disability, illness or injury make it difficult for you to: Dans quelle mesure votre handicap, maladie ou accident vous gênent-ils pour :	no problem aucun problème	sometimes parfois	often souvent	all the time tout le temps	Please give further details (if applicable) Veuillez donner des précisions supplémentaires (le cas échéant)
sit vous asseoir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
stand rester debout	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
walk marcher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
climb stairs monter des escaliers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
drive a car conduire une voiture	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
use public transport utiliser les transports en commun	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
pick up objects ramasser des objets	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
handle objects manipuler des objets	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
lift soulever des charges	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
carry porter des charges	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
bend vous pencher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
operate everyday appliances or machinery faire fonctionner des appareils ménagers ou des machines	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
read lire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
write écrire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
speak parler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
hear entendre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
concentrate vous concentrer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
remember vous souvenir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
interact with others interagir avec autrui	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
attend work or other appointments être présent au travail ou à d'autres rendez-vous	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
understand or follow instructions comprendre ou suivre des instructions	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
sleep dormir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
breathe respirer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
manage your personal affairs gérer vos affaires personnelles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
care for yourself* prendre soin de vous-même*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
care for others vous occuper d'autres personnes	<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.

* Si quelqu'un s'occupe de vous à temps complet, cette personne pourra peut-être avoir droit à l'allocation versée aux auxiliaires de vie. Veuillez contacter International Services pour de plus amples renseignements.

8 In a workplace, would your disabilities, illnesses or injuries make it difficult for you to:
Sur un lieu de travail, votre handicap, maladie ou accident vous gênent-ils pour :

no sometimes often all the time
 non parfois souvent tout le temps

Please give further details (if applicable)
Veillez donner des précisions supplémentaires (le cas échéant)

A	interact with others? interagir avec autrui ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
B	maintain appropriate behaviour? adopter un comportement approprié ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
C	cope with work related stress or pressure? supporter le stress ou la pression liée au travail ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
D	learn new tasks? apprendre de nouvelles tâches ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
E	remember how to do tasks? vous rappeler comment effectuer des tâches ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
F	understand and follow instructions? comprendre et suivre des instructions ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
G	concentrate? vous concentrer ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
H	persist at tasks without unscheduled breaks? poursuivre vos tâches sans prendre de pauses non programmées ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
I	undertake more than one task? effectuer plus d'une tâche ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
J	look after your personal care needs? assumer les soins personnels dont vous avez besoin ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
K	physically complete tasks? effectuer des tâches physiquement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
L	move safely around the workplace? vous déplacer sans danger sur votre lieu de travail ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
M	communicate with others? communiquer avec autrui ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
N	control the use of your language? contrôler votre expression verbale ?	<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.
Quel est le médecin qui suit habituellement votre handicap, maladie ou accident ?
 par ex. votre médecin généraliste

Name
Nom

Address
Adresse

Telephone
Téléphone

Do you give permission for us to contact this person?
 Nous autorisez-vous à contacter cette personne ?

No Yes
 Non Oui

10 Have any specialists or other doctors treated you for these disabilities, illnesses or injuries?
D'autres spécialistes ou médecins vous ont-ils traité pour ce handicap, maladie ou accident ?

No
 Non

Yes **Name**
 Oui **Nom**

Address
Adresse

Telephone
Téléphone

Date of last visit
 Date de la dernière visite

Conditions for which you were treated
 Affections qui ont fait l'objet de soins

Day/Jour Month/Mois Year/Année
 / / /

*If you have specialist reports, please attach copies.
 Si vous possédez des rapports de spécialistes, veuillez en joindre des copies*

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
Avez-vous consulté quelqu'un d'autre, ou quelqu'un d'autre vous a-t-il aidé à soulager votre handicap, maladie ou accident ?
 par ex.

No
 Non

Yes **1**

Name
Nom

Profession
Profession

Address
Adresse

Telephone
Téléphone

Do you give permission for us to contact this person?
 Nous autorisez-vous à contacter cette personne ?

No Yes
 Non Oui

2

Name
Nom

Profession
Profession

Address
Adresse

Telephone
Téléphone

Do you give permission for us to contact this person?
 Nous autorisez-vous à contacter cette personne ?

No Yes
 Non Oui

*If you need more space, please attach a separate sheet of paper with details.
 Si vous avez besoin de plus d'espace, veuillez joindre une feuille séparée pour donner des précisions.*

12 Is there any other information you feel we need to know about your disabilities, illnesses or injuries?
No
Non

Pensez-vous devoir nous communiquer d'autres renseignements sur votre handicap, maladie ou accident ?

Yes Please give details
Oui Veuillez donner des précisions

*If you need more space, please attach a separate sheet of paper with details.
Si vous avez besoin de plus d'espace, veuillez joindre une feuille séparée pour donner des précisions.*

13 School or full-time education details
Précisions sur votre scolarité ou études à temps complet

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

--

 years old
ans

Quel âge aviez-vous lorsque vous avez quitté l'école ou vos études à plein temps ?

Year of leaving school/education
Année de fin de scolarité/d'études

--

What grade/year did you reach?
Quel niveau/degré avez-vous atteint ?

--

What is the highest educational qualification you obtained?

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

Quelle est le diplôme la plus élevé que vous ayez obtenu ?

par ex. certificat d'études, diplôme de maturité, diplôme universitaire

14 Have you gained any other qualifications, skills or experience?
No
Non

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

Avez-vous obtenu d'autres qualifications, compétences ou expérience ?

Mentionnez aussi tout travail bénévole, stage, carte professionnelle, permis, certificat, diplôme universitaire.

Yes Please give details
Oui Veuillez donner des précisions

*If you need more space, please attach a separate sheet of paper with details.
Si vous avez besoin de plus d'espace, veuillez joindre une feuille séparée pour donner des précisions.*

15 Have you ever worked?
No Go to **Question 18**
Non Passez à la **Question 18**

Avez-vous déjà travaillé ?

Yes What date did you last work?
Oui Quand avez-vous travaillé pour la dernière fois ?

Month/Mois	Year/Année

 /

16 What were your last 2 jobs?
Quels étaient vos deux derniers emplois ?

Your last job Votre dernier emploi			
Type of job Type de travail	<input type="text"/>		
Days worked per week Nombre de jours de travail par semaine	<input type="text"/>		
Was this work: Ce travail était-il :	Full-time <input type="checkbox"/> A temps complet	Part-time <input type="checkbox"/> A temps partiel	Casual <input type="checkbox"/> Temporaire
Name of employer Nom de l'employeur	<input type="text"/>		
Contact phone number Coordonnées téléphoniques	<input type="text"/>		
Reason for leaving this job (e.g. retirement, resignation, caring for family, medical condition – specify which medical condition) Raisons pour lesquelles vous avez quitté cet emploi (par ex., départ en retraite, démission, raison familiale, raison de santé – précisez la raison de santé)	<input type="text"/> ----- <input type="text"/> ----- <input type="text"/> ----- <input type="text"/>		

Your last job Votre avant-dernier emploi			
Type of job Type de travail	<input type="text"/>		
Days worked per week Nombre de jours de travail par semaine	<input type="text"/>		
Was this work: Ce travail était-il :	Full-time <input type="checkbox"/> A temps complet	Part-time <input type="checkbox"/> A temps partiel	Casual <input type="checkbox"/> Temporaire
Name of employer Nom de l'employeur	<input type="text"/>		
Contact phone number Coordonnées téléphoniques	<input type="text"/>		
Reason for leaving this job (e.g. retirement, resignation, caring for family, medical condition – specify which medical condition) Raisons pour lesquelles vous avez quitté cet emploi (par ex., départ en retraite, démission, raison familiale, raison de santé – précisez la raison de santé)	<input type="text"/> ----- <input type="text"/> ----- <input type="text"/> ----- <input type="text"/>		

*If you need more space, please attach a separate sheet of paper with details.
 Si vous avez besoin de plus d'espace, veuillez joindre une feuille séparée pour donner des précisions.*

17 Have you been given or offered extra support in the workplace because of your disability, illness or injury, such as modification to your environment, reduced hours of work, alternative duties, retraining etc?
Vous a-t-on offert une aide supplémentaire sur votre lieu de travail en raison de votre handicap, maladie ou accident, comme par exemple aménagement de l'espace de travail, horaires de travail réduits, changement des responsabilités, nouvelle formation, etc. ?

No
Non

Yes **Please give details**
Oui **Veillez donner des précisions**

<input type="text"/>

<input type="text"/>

<input type="text"/>

<input type="text"/>

<input type="text"/>

<input type="text"/>

<input type="text"/>

<input type="text"/>

<input type="text"/>

*If you need more space, please attach a separate sheet of paper with details.
 Si vous avez besoin de plus d'espace, veuillez joindre une feuille séparée pour donner des précisions.*

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

Non

Yes

Oui

Avez-vous participé à des programmes visant à vous aider à trouver un emploi, garder un emploi, retrouver un emploi, gérer votre accident, ou encore vous aider en matière de réinsertion professionnelle, acquisition de nouvelles compétences, stage en entreprise ou formation professionnelle ?

1 Name of provider
Nom du prestataire

Type of program
Type de programme

Dates you participated From To
Dates de participation De À

Day/Jour	Month/Mois	Year/Année	Day/Jour	Month/Mois	Year/Année
/	/	/	/	/	/

2 Name of provider
Nom du prestataire

Type of program
Type de programme

Dates you participated From To
Dates de participation De À

Day/Jour	Month/Mois	Year/Année	Day/Jour	Month/Mois	Year/Année
/	/	/	/	/	/

*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.
Veuillez joindre toute documentation en votre possession détaillant votre participation au programme, ses dates de début et de fin, les exigences du programme, les activités auxquelles vous avez participé dans le cadre du programme et leur durée.*

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

No

Non

Yes

Oui

Y a-t-il une raison qui vous empêcherait de suivre un programme de réhabilitation ou de formation dans le futur ?

Is this because you are about to have other treatment?
Est-ce parce que vous êtes sur le point de recevoir d'autres soins ?

No

Non

Yes

Oui

Please give details
Veuillez donner des précisions

*If you need more space, please attach a separate sheet of paper with details.
Si vous avez besoin de plus d'espace, veuillez joindre une feuille séparée pour donner des précisions.*

Is this drug or alcohol related?
Est-ce en rapport avec la consommation de drogues ou d'alcool ?

No

Non

Yes

Oui

Is there another reason?
Existe-t-il une autre raison ?

No

Non

Yes

Oui

Please give details
Veuillez donner des précisions

*If you need more space, please attach a separate sheet of paper with details.
Si vous avez besoin de plus d'espace, veuillez joindre une feuille séparée pour donner des précisions.*

20 When do you think you will be able to start part-time or full-time work or study?
Quand pensez-vous pouvoir reprendre un travail ou des études à temps partiel ou complet ?

now maintenant 6–12 months dans les 6 à 12 mois more than 2 years dans plus de 2 ans
 within 6 months dans les 6 mois 12–24 months dans les 12 à 24 mois never jamais

21 Did someone help you complete this form?
Quelqu'un vous a-t-il aidé pour remplir ce formulaire ?

No Non
 Yes Who helped you? Qui vous a aidé ?
 Oui

Name / Nom
 Address / Adresse
 Postcode / Code postal
 Telephone / Téléphone ()
 Do you give permission for us to contact this person? / Nous autorisez-vous à contacter cette personne ? No Yes
 Non Oui

22 IMPORTANT INFORMATION
INFORMATIONS IMPORTANTES

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

Confidentialité de vos données personnelles

Vos données personnelles sont protégées la loi, notamment la loi australienne de 1988 sur la vie privée (*Privacy Act 1988*). Ces données sont collectées par le Department of Human Services du gouvernement australien dans le cadre de la détermination et de la gestion de ses prestations et services.

Ces données sont nécessaires au traitement de votre dossier ou demande.

Vos données pourront être utilisées par nos services ou fournies à des tiers si vous y avez consenti ou si la loi l'exige ou le permet (par exemple dans le cadre de recherches ou d'enquêtes).

Pour en savoir plus sur le traitement de vos données personnelles et sur nos règles de confidentialité, visitez notre site 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.

Votre déclaration

Si le client ne peut pas signer ce formulaire, il devra être signé par son représentant légal, et une copie du justificatif de la tutelle ou de la procuration en leur nom devra être jointe.

I declare that:

I understand that:

Je déclare que :

Je comprends que :

- the information I have given is correct.
- giving false or misleading information is a serious offence.
- les renseignements que j'ai fournis sont exacts.
- donner des renseignements erronés ou inexacts constitue un délit.

Your signature

Votre signature



Date
Date

Day/Jour / Month/Mois / Year/Année /

Return this form to:

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

Renvoyez ce formulaire à :

**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 Vérifiez que vous avez bien lu et signé votre déclaration ci-dessus.
 - 2 Joignez tout autre renseignement qui, à votre sens, appuie votre demande. Même si vous ne pouvez pas soumettre immédiatement tous les documents, n'attendez pas pour renvoyer votre formulaire. Transmettez les documents manquants au plus vite à :
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.

DEMANDE D'INFORMATIONS

Pour toute demande d'informations supplémentaires, veuillez appeler le

(+61 3) **6222 3455** (appel hors d'Australie)

131 673 (appel depuis l'Australie)

N.B. : Les appels sont facturés. Les appels à partir de téléphones portables peuvent être facturés à un tarif plus élevé.