



**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.

**Hvem kan bruge dette ansøgningsskema?**

Dette skema kan bruges af arbejdssøgende, som på grund af invaliditet, sygdom eller skade søger om sociale ydelser fra Centrelink eller andre ydelser fra et andet land.

Skemaet bedes returneret **inden 28 dage** fra modtagelse for at sikre, at Deres ydelse kan udbetales så hurtigt som muligt.

**1 Customer details  
Kundeoplysninger**

Centrelink Reference Number (if known)  
Centrelinks journalnummer (hvis kendt)

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

Family name  
Efternavn

Maiden name (if applicable)  
Pigenavn (hvis relevant)

Previous married name (if applicable)  
Tidligere efternavn (hvis De har været gift før)

Other aliases (if applicable)  
Evt. andre navne, De har anvendt

Given name(s)  
Fornavn(e)

Date of birth  
Fødselsdato

Day/Dag	Month/Måned	Year/År
/	/	/

Male   
Mand

Female   
Kvinde

Address  
Adresse

Postcode Postnummer

Is there a telephone number we can contact you on?  
Har De et telefonnummer, hvor vi kan kontakte Dem?

No   
Nej

Yes  (      )  
Ja

Do you need an interpreter?  
Har De brug for en tolk?

No   
Nej

Yes  Preferred language  
Deres foretrukne sprog

**2 Please list any disabilities, illnesses or injuries that you have  
Her bedes De give oplysninger om Deres invaliditet, sygdom eller skade**




CLK0AUS142DK 1807

**3** When did these disabilities, illnesses or injuries start to make it difficult for you to work or study full-time?  
**Hvornår begyndte invaliditet, sygdom eller skade at gøre det vanskeligt for Dem at arbejde eller videreudanne Dem på fuld tid?**

Month/Måned /	Year/År
---------------	---------

OR/ELLER

I have had my disabilities or illnesses since birth   
Min invaliditet eller sygdom er medfødt

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

No

Nej

Yes

Ja

Please give details  
Giv venligst yderligere oplysninger

e.g. medication, physical therapy, counselling

**Er De under behandling for invaliditet, sygdom eller skade?**

f.eks. medicinsk behandling, fysioterapi, rådgivning


*If you need more space, please attach a separate sheet of paper with details.  
Hvis De skal bruge mere plads, bedes De vedlægge oplysningerne på et separat ark.*

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

No

Nej

Yes

Ja

Date of last admission  
Sidste indlæggelsesdato

Day/Dag /	Month/Måned /	Year/År
-----------	---------------	---------

Name of hospital  
Hospitalets navn

--

Duration of stay  
Opholdets varighed

From

Fra

To

Til

Day/Dag /	Month/Måned /	Year/År
-----------	---------------	---------

Day/Dag /	Month/Måned /	Year/År
-----------	---------------	---------

Reason for admission  
e.g. operation, investigation, treatment  
Indlæggelsesårsag  
f.eks. operation, undersøgelse, behandling


Number of admissions in the last 5 years  
Antal indlæggelser i de sidste 5 år

--

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

No

Nej

Yes

Ja

Type of operation/procedure  
Hvad skal De opereres for?


Expected date (if known)  
Forventet indlæggelsesdato

Day/Dag /	Month/Måned /	Year/År
-----------	---------------	---------

Where will operation take place (if known)  
Hvor skal operationen finde sted (hvis dette vides)?


Reason for operation  
Årsag til operationen


<b>7</b> How often does your disability, illness or injury make it difficult for you to: <b>Hvor ofte gør invaliditet, sygdom eller skade det vanskeligt for Dem at...</b>	no problem ingen problemer	sometimes sommetider	often ofte	all the time altid	<b>Please give further details (if applicable)</b> <b>Yderligere forklaring (hvis påkrævet)</b>
sit sidde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
stand stå	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
walk gå	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
climb stairs gå på trapper	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
drive a car køre bil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
use public transport bruge offentlig transport	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
pick up objects samle genstande op	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
handle objects bruge genstande	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
lift løfte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
carry bære	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
bend bukke Dem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
operate everyday appliances or machinery anvende almindelige husholdningsapparater eller maskiner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
read læse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
write skrive	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
speak tale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
hear høre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
concentrate koncentrere Dem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
remember huske	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
interact with others have kontakt med andre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
attend work or other appointments gå på arbejde eller holde aftaler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
understand or follow instructions forstå eller følge anvisninger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
sleep sove	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
breathe trække vejret	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
manage your personal affairs passe Deres personlige anliggender	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
care for yourself* klare Dem selv*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
care for others tage Dem af andre	<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.*  
 \* Hvis De har en fuldtidsplejer, er Deres plejer muligvis berettiget til en ydelse. *Kontakt venligst International Services, hvis De har brug for yderligere oplysninger.*

**8** In a workplace, would your disabilities, illnesses or injuries make it difficult for you to:  
**På en arbejdsplads, ville Deres invaliditet, sygdom eller skade gøre det vanskeligt for Dem at gøre følgende:**

	no Nej	sometimes sometider	often ofte	all the time altid	Please give further details (if applicable) Yderligere forklaring (hvis påkrævet)
<b>A interact with others? have kontakt med andre?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>B maintain appropriate behaviour? udvise passende opførsel?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>C cope with work related stress or pressure? håndtere stress eller arbejdspress?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>D learn new tasks? lære nye arbejdsopgaver?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>E remember how to do tasks? huske hvordan arbejdsopgaverne skal udføres?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>F understand and follow instructions? forstå og følge retningslinjer?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>G concentrate? koncentrere Dem?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>H persist at tasks without unscheduled breaks? færdiggøre arbejdsopgaver uden unødige pauser?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>I undertake more than one task? udføre mere end en opgave?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>J look after your personal care needs? varetage Deres personlige plejebehov?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>K physically complete tasks? fysisk at kunne fuldende arbejdsopgaver?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>L move safely around the workplace? bevæge Dem sikkert rundt på arbejdspladsen?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>M communicate with others? kommunikere med andre?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>N control the use of your language? styre Deres sprogbrug?</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.  
**Hvilken læge kontakter De normalt vedrørende Deres invaliditet, sygdomme eller skader?**  
 f.eks. Deres praktiserende læge.

Name  
Navn

Address  
Adresse

Telephone  
Telefon

Do you give permission for us to contact this person?  
Tillader De, at vi kontakter denne person?

No  Yes   
Nej  Ja

**10 Have any specialists or other doctors treated you for these disabilities, illnesses or injuries?**  
**Er De blevet behandlet af specialister eller andre læger for Deres invaliditet, sygdomme eller skader?**

No   
Nej

Yes  **Name**  
Ja  **Navn**

Address  
Adresse

Telephone  
Telefon

Date of last visit  
Dato for sidste lægebesøg

Conditions for which you were treated  
Sygdomme, som De blev behandlet for

*If you have specialist reports, please attach copies.  
Venligst vedlæg kopi af eventuelle rapporter fra specialister.*

**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  
**Har De kontaktet andre eller har andre hjulpet Dem med Deres invaliditet, sygdomme eller skader?**  
 f.eks. • rådgiver  
 • socialarbejder  
 • folkesundhedsmedarbejder  
 • lærer  
 • psykolog  
 • fysioterapeut

No   
Nej

Yes  **1**

Name  
Navn

Profession  
Stilling

Address  
Adresse

Telephone  
Telefon

Do you give permission for us to contact this person?  
Tillader De, at vi kontakter denne person?

No  Yes   
Nej  Ja

**2**

Name  
Navn

Profession  
Stilling

Address  
Adresse

Telephone  
Telefon

Do you give permission for us to contact this person?  
Tillader De, at vi kontakter denne person?

No  Yes   
Nej  Ja

*If you need more space, please attach a separate sheet of paper with details.  
 Hvis De skal bruge mere plads, bedes De vedlægge oplysningerne på et separat ark.*

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

**Er der andre oplysninger, vi bør have om Deres invaliditet, sygdomme eller skader?**

No

Nej

Yes

Ja

Please give details  
Giv venligst yderligere oplysninger


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

*Hvis De skal bruge mere plads, bedes De vedlægge oplysningerne på et separat ark.*

**13 School or full-time education details**  
**Uddannelsesforløb**

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

years old  
alder

Hvor gammel var De, da De gik ud af skolen eller stoppede uddannelse på fuld tid?

Year of leaving school/education  
Hvilket år forlod De skolen?

What grade/year did you reach?  
Hvilket klassetrin gik De på?

What is the highest educational qualification you obtained?

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

Hvad er den højeste uddannelse, De har gennemført?

f.eks. 10. klasses afgangseksamen, studentereksamen, akademisk grad

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

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

**Har De andre kvalifikationer, færdigheder eller praktisk erfaring?**

Dette omfatter frivilligt arbejde, efteruddannelseskurser, faglige beviser, autorisationer, diplomer, videregående uddannelse.

No

Nej

Yes

Ja

Please give details  
Giv venligst yderligere oplysninger


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

*Hvis De skal bruge mere plads, bedes De vedlægge oplysningerne på et separat ark.*

**15 Have you ever worked?**  
**Har De nogensinde arbejdet?**

No

Nej

Yes

Ja

Go to **Question 18**  
Gå til **punkt 18**

What date did you last work?  
Sidste arbejdsdag?

Month/Måned    Year/År  
/

**16 What were your last 2 jobs?  
Hvad var Deres sidste 2 job?**

<b>Your last job Deres sidste job</b>		
Type of job Arbejdets art	<input type="text"/>	
Days worked per week Antal arbejdsdage pr. uge	<input type="text"/>	
Was this work: Arbejdede De:	Full-time <input type="checkbox"/> Fuldtid	Part-time <input type="checkbox"/> Deltid
Name of employer Arbejdsgivers navn	<input type="text"/>	
Contact phone number Telefonnummer	<input type="text"/>	
Reason for leaving this job (e.g. retirement, resignation, caring for family, medical condition – specify which medical condition) Hvorfor forlod De dette job (f.eks. pensionering, opsigelse, familiehensyn, helbredstilstand – beskriv Deres helbredstilstand)?	<input type="text"/>	

<b>Your 2nd last job Deres næstsidste job</b>		
Type of job Arbejdets art	<input type="text"/>	
Days worked per week Antal arbejdsdage pr. uge	<input type="text"/>	
Was this work: Arbejdede De:	Full-time <input type="checkbox"/> Fuldtid	Part-time <input type="checkbox"/> Deltid
Name of employer Arbejdsgivers navn	<input type="text"/>	
Contact phone number Telefonnummer	<input type="text"/>	
Reason for leaving this job (e.g. retirement, resignation, caring for family, medical condition – specify which medical condition) Hvorfor forlod De dette job (f.eks. pensionering, opsigelse, familiehensyn, helbredstilstand – beskriv Deres helbredstilstand)?	<input type="text"/>	

*If you need more space, please attach a separate sheet of paper with details.  
Hvis De skal bruge mere plads, bedes De vedlægge oplysningerne på et separat ark.*

**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?  
Er De blevet tildelt eller tilbudt ekstra støtte på Deres arbejdsplads på grund af invaliditet, sygdom eller skade, f.eks. ændringer i Deres arbejdsmiljø, lavere antal arbejdstimer, andre arbejdsopgaver eller genoptræning osv?**

- No   
Nej
- Yes  Please give details  
Ja Giv venligst yderligere oplysninger

<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"/>
<input type="text"/>

*If you need more space, please attach a separate sheet of paper with details.  
Hvis De skal bruge mere plads, bedes De vedlægge oplysningerne på et separat ark.*

**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

Nej

Yes

Ja

**Har De deltaget i nogen kurser med henblik på at finde arbejde, fastholde et job, vende tilbage til arbejde, leve bedre med Deres skade eller hjælpe Dem med genoptræning, træning til nyt job, erhvervs erfaring eller anden jobtræning?**

**1** Name of provider  
Kursusudbyder

Type of program  
Kursets art

Dates you participated From To  
kursusdeltagelse Fra Til

Day/Dag Month/Måned Year/År Day/Dag Month/Måned Year/År  
/ / / /

**2** Name of provider  
Kursusudbyder

Type of program  
Kursets art

Dates you participated From To  
kursusdeltagelse Fra Til

Day/Dag Month/Måned Year/År Day/Dag Month/Måned Year/År  
/ / / /

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.

Vedlæg enhver dokumentation, De er i besiddelse af, som giver detaljer om Deres deltagelse i kurset, herunder start- og slutdato, krav til kurset, kursusaktiviteter og kursuslængde.

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

No

Nej

Yes

Ja

**Er der noget, der forhindrer Dem i at deltage i revalidering i fremtiden?**

Is this because you are about to have other treatment?  
Skyldes det, at De skal i yderligere behandling?

No

Nej

Yes

Ja

Please give details  
Giv venligst yderligere oplysninger

  

---

  

---

  

---

If you need more space, please attach a separate sheet of paper with details.  
Hvis De skal bruge mere plads, bedes De vedlægge oplysningerne på et separat ark.

Is this drug or alcohol related?  
Er det forbundet med narkotika eller alkohol?

No

Nej

Yes

Ja

Is there another reason?  
Andre årsager?

No

Nej

Yes

Ja

Please give details  
Giv venligst yderligere oplysninger

  

---

  

---

If you need more space, please attach a separate sheet of paper with details.  
Hvis De skal bruge mere plads, bedes De vedlægge oplysningerne på et separat ark.



- 20** When do you think you will be able to start part-time or full-time work or study? now  6–12 months  more than 2 years   
 nu 6–12 måneder mere end 2 år  
 **Hvornår tror De, at De vil være i stand til at starte arbejde eller uddannelse på fuld- eller deltid?** within 6 months  12–24 months  never   
 indenfor 6 måneder 12–24 måneder aldrig

- 21** Did someone help you complete this form?  No  
 **Har De haft hjælp med at udfylde dette skema?**  Nej
- Yes  Who helped you?  
 Ja  Hvem hjalp Dem?
- Name   
 Navn
- Address   
 Adresse
- Postcode   
 Postnummer
- Telephone   
 Telefon ( )
- Do you give permission for us to contact this person?  No  Yes  
 Tillader De, at vi kontakter denne person? Nej Ja

**22** IMPORTANT INFORMATION  
 VIGTIGT

**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)

**Beskyttelse af personoplysninger**

Personoplysninger er beskyttede ved lov (bl.a. *Privacy Act 1988* (Lov om Personlige Oplysninger)) og indhentes af det australske Department of Human Services til brug for vurdering og administration af betalinger og serviceydelser. Personoplysningerne anvendes til behandling af Deres ansøgning eller krav.

Personoplysninger kan anvendes af styrelsen eller videregives til tredjepart, såfremt De har givet tilladelse til det eller hvor det er påbudt eller tilladt ved lov (herunder til forskningsbrug eller med henblik på yderligere undersøgelser).

De kan finde flere oplysninger om, hvordan styrelsen registrerer og opbevarer personoplysninger samt vores datafortrolighedspolitik ved at gå til [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.

**Deres erklæring**

Hvis kunden ikke selv kan underskrive dette skema, skal det underskrives af kundens værge eller fuldmægtig. En kopi af den relevante dokumentation skal vedlægges.

**I declare that:**

**I understand that:**

**Jeg erklærer at:**

**Jeg er indforstået med at:**

- the information I have given is correct.
- giving false or misleading information is a serious offence.
- de af mig opgivne oplysninger er rigtige.
- det er en alvorlig forseelse at afgive falske eller misvisende oplysninger.

**Your signature**

**Deres underskrift**



Date  
Dato

Day/Dag    Month/Måned    Year/År

/    /

**Return this form to:**

**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.

**Dette skema sendes til:**

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

- 1 Kontroller at De har læst og underskrevet ovenstående erklæring.
- 2 De bedes vedhæfte alle yderligere oplysninger til støtte for Deres ansøgning. Vent ikke med at sende dette skema, selv om De ikke kan sende alle nødvendige dokumenter på dette tidspunkt. De kan eftersende yderligere dokumenter snarest muligt til  
Department of Human Services, International Services,  
PO Box 7809, Canberra BC ACT 2610, AUSTRALIA.

---

**ENQUIRIES**

If you have any questions, please call the Department of Human Services direct (free of charge) on **8088 3556** (between 8.00 am and 5.00 pm Hobart Time, Monday to Friday).

This service may not be available from all locations in Denmark.

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.

**SPØRGSMÅL**

Hvis De har nogen spørgsmål, bedes De kontakte Department of Human Services direkte (gratiskald) på **8088 3556** (mellem kl. 8 og 17 (Hobart tid), mandag til fredag).

Det er muligt, at gratiskald ikke kan foretages fra alle områder i Danmark.

Hvis De ikke kan benytte Dem af denne service, kan De ringe til Department of Human Services på (+61 3) **6222 3455** (internationalt) eller **131 673** (indenfor Australien).

**NB!** Telefonopkald er ikke gratis – opkald fra mobiltelefoner kan koste ekstra.