



**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.

**Ποιος θα πρέπει να συμπληρώσει αυτό το έντυπο;**

Αυτό το έντυπο θα πρέπει να συμπληρώνεται από άτομα με κάποια αναπηρία, ασθένεια ή τραύμα που ψάχνουν για δουλειά και υποβάλλουν αίτηση για μια πληρωμή κοινωνικών ασφαλίσεων Centrelink ή διεκδικούν σύνταξη από μια άλλη χώρα.

Παρακαλείστε να επιστρέψετε το συμπληρωμένο έντυπο **μέσα σε 28 ημέρες** από την ημερομηνία λήψης του, για να διασφαλίσετε ότι θα λάβετε βοήθεια από την ενωρίτερη δυνατή ημερομηνία.

**1 Customer details**

**Στοιχεία επικοινωνίας πελάτη**

Centrelink Reference Number (if known)

Αριθμός Μητρώου Πελάτη Centrelink σας (εάν είναι γνωστός)

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

Family name

Επώνυμο

Maiden name (if applicable)

Το γένος (εάν ισχύει)

Previous married name (if applicable)

Επώνυμο από προηγούμενο γάμο (εάν ισχύει)

Other aliases (if applicable)

Άλλα ή πρόσθετα ονόματα (εάν ισχύει)

Given name(s)

Μικρό όνομα (ονόματα)

Date of birth

Ημερομηνία γέννησης

Day/Ημέρα	Month/Μήνας	Year/Έτος
/	/	/

Male   
Άντρας

Female   
Γυναίκα

Address

Διεύθυνση

Postcode Ταχ. Κώδικας

Is there a telephone number we can contact you on?

No   
Όχι

Υπάρχει αριθμός τηλεφώνου όπου μπορούμε να επικοινωνήσουμε μαζί σας;

Yes   
Ναι

Do you need an interpreter?

No   
Όχι

Χρειάζεστε διερμηνέα;

Yes   
Ναι

Preferred language

Προτιμώμενη γλώσσα

**2 Please list any disabilities, illnesses or injuries that you have**

**Παρακαλείστε να καταγράψετε οποιοδήποτε αναπηρίες, ασθένειες ή τραύματα που έχετε**




CLK0AUS142GR 1807

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

Month/Μήνας / Year/Έτος

OR/Η

Πότε άρχισαν αυτές οι αναπηρίες, ασθένειες ή τραύματα να σας δυσκολεύουν να εργάζεστε σε πλήρη απασχόληση ή να σπουδάζετε σε πλήρη φοίτηση;

I have had my disabilities or illnesses since birth  
Είχα τις ασθένειες/αναπηρίες μου από τότε που γεννήθηκα

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

No

Όχι

Yes

Ναι

Please give details

Παρακαλείστε να δώσετε λεπτομέρειες

e.g. medication, physical therapy, counselling

Λαμβάνετε οποιαδήποτε θεραπευτική αγωγή για τις αναπηρίες, ασθένειες ή τα τραύματά σας;

π.χ. φάρμακα, φυσικοθεραπεία, συμβουλευτική


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

Αν χρειάζεστε περισσότερο χώρο, παρακαλείστε να επισυνάψετε ξεχωριστό φύλλο με λεπτομέρειες.

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

No

Όχι

Yes

Ναι

Date of last admission

Ημερομηνία τελευταίας εισαγωγής

Day/Ημέρα / Month/Μήνας / Year/Έτος

Name of hospital

Όνομα νοσοκομείου

--

Duration of stay

Διάρκεια παραμονής

From

Από

To

Μέχρι

Day/Ημέρα / Month/Μήνας / Year/Έτος

Day/Ημέρα / Month/Μήνας / Year/Έτος

Reason for admission

e.g. operation, investigation, treatment

Λόγος εισαγωγής

π.χ. χειρουργική επέμβαση, εξέταση, θεραπεία


Number of admissions in the last 5 years

Αριθμός εισαγωγών κατά τα τελευταία 5 χρόνια

--

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

No

Όχι

Yes

Ναι

Type of operation/procedure

Τύπος εγχείρησης/επέμβασης


Expected date (if known)

Αναμενόμενη ημερομηνία (αν είναι γνωστή)

Day/Ημέρα / Month/Μήνας / Year/Έτος

Where will operation take place (if known)

Πού θα λάβει χώρα η εγχείρηση (εάν είναι γνωστό)


Reason for operation

Αιτία για την εγχείρηση


7	How often does your disability, illness or injury make it difficult for you to: Πόσο συχνά σας δυσκολεύει η αναπηρία, η ασθένεια ή το τραύμα σας να:	no problem κανένα πρόβλημα	sometimes μερικές φορές	often συχνά	all the time όλη την ώρα	Please give further details (if applicable) Παρακαλείστε να δώσετε περαιτέρω λεπτομέρειες (αν χρειάζεται)
	sit κάθεστε	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	stand στέκεστε	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	walk περπατάτε	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	climb stairs ανεβαίνετε σκάλες	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	drive a car οδηγείτε αυτοκίνητο	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	use public transport χρησιμοποιείτε δημόσια συγκοινωνία	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	pick up objects σηκώνετε αντικείμενα	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	handle objects χειρίζεστε αντικείμενα	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	lift σηκώνετε βάρη ή αντικείμενα	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	carry κουβαλάτε	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	bend σκύβετε	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	operate everyday appliances or machinery χειρίζεστε καθημερινές συσκευές ή μηχανήματα	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	read διαβάζετε	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	write γράφετε	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	speak μιλάτε	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	hear ακούτε	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	concentrate συγκεντρώνεστε	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	remember θυμάστε	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	interact with others συναναστρέφεστε άλλους	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	attend work or other appointments προσέρχετε σε εργασία ή άλλα ραντεβού	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	understand or follow instructions καταλαβαίνετε ή να ακολουθείτε οδηγίες	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	sleep κοιμάστε	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	breathe αναπνέετε	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	manage your personal affairs χειρίζεστε τις προσωπικές σας υποθέσεις	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	care for yourself* φροντίζετε τον εαυτό σας*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	care for others φροντίζετε άλλους	<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.

\* Αν έχετε κάποιο άτομο που σας φροντίζει συνεχώς, μπορεί αυτό το άτομο να δικαιούται πληρωμή για φροντιστές. Παρακαλείστε να επικοινωνήσετε με το γραφείο Διεθνών Υπηρεσιών αν χρειάζεστε περαιτέρω λεπτομέρειες.

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

Σε έναν εργασιακό χώρο, θα σας δυσκόλευαν οι αναπηρίες, οι ασθένειες ή τα τραύματά σας να:

no  
όχι

sometimes  
μερικές φορές

often  
συχνά

all the time  
όλη την ώρα

Please give further details (if applicable)  
Παρακαλείστε να δώσετε περαιτέρω λεπτομέρειες (αν χρειάζεται)

<b>A</b>	<b>interact with others? συνασπάζεστε άλλους;</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>B</b>	<b>maintain appropriate behaviour? διατηρείτε κατάλληλη συμπεριφορά;</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>C</b>	<b>cope with work related stress or pressure? αντιμετωπίζετε ικανοποιητικά στρες ή πίεση σχετικά με τη δουλειά;</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>D</b>	<b>learn new tasks? μαθαίνετε νέες εργασίες;</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>E</b>	<b>remember how to do tasks? θυμάστε πώς να κάνετε διάφορες εργασίες;</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>F</b>	<b>understand and follow instructions? καταλαβαίνετε και να ακολουθείτε οδηγίες;</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>G</b>	<b>concentrate? συγκεντρώνεστε;</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>H</b>	<b>persist at tasks without unscheduled breaks? συνεχίζετε εργασίες χωρίς προγραμματιστά διαλείμματα;</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>I</b>	<b>undertake more than one task? αναλαμβάνετε περισσότερες από μία εργασίες;</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>J</b>	<b>look after your personal care needs? φροντίζετε τις ανάγκες της προσωπικής σας φροντίδας;</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>K</b>	<b>physically complete tasks? περατώνετε εργασίες σωματικά;</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>L</b>	<b>move safely around the workplace? κινείστε με ασφάλεια μέσα στον εργασιακό χώρο;</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>M</b>	<b>communicate with others? επικοινωνείτε με άλλους;</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>N</b>	<b>control the use of your language? ελέγχετε τη χρήση της γλώσσας σας;</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.  
**Ποιος είναι ο γιατρός που σας εξετάζει συνήθως σε σχέση με τις αναπηρίες, τις ασθένειες ή τα τραύματά σας;**  
 π.χ. ο οικογενειακός γιατρός σας

Name  
Όνομα

Address  
Διεύθυνση

Postcode  
Ταχ. Κώδικας

Telephone  
Τηλέφωνο

Do you give permission for us to contact this person?  
Δίνετε άδεια να επικοινωνήσουμε με αυτό το άτομο;

No  Yes   
Όχι  Ναι

**10 Have any specialists or other doctors treated you for these disabilities, illnesses or injuries?**  
**Σας έχουν παράσχει θεραπευτική αγωγή κάποιοι ειδικευμένοι ή άλλοι γιατροί σε σχέση με τις αναπηρίες, τις ασθένειες ή τα τραύματά σας;**

No   
Όχι

Yes  Name  
Ναι

Name  
Όνομα

Address  
Διεύθυνση

Postcode  
Ταχ. Κώδικας

Telephone  
Τηλέφωνο

Date of last visit  
Ημερομηνία τελευταίας επίσκεψης

Day/Ημέρα Month/Μήνας Year/Έτος  
/ /

Conditions for which you were treated  
Παθήσεις για τις οποίες λάβατε θεραπεία

*If you have specialist reports, please attach copies.*

*Αν έχετε γνωματεύσεις από ειδικευμένους γιατρούς, παρακαλείστε να επισυνάψετε αντίγραφα.*

**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  
**Υπάρχει κάποιος άλλος τον οποίο έχετε συμβουλευθεί ή ο οποίος σας έχει βοηθήσει με κάποια από τις αναπηρίες, τις ασθένειες ή τα τραύματά σας;**  
 π.χ. • σύμβουλος  
 • κοινωνικός λειτουργός  
 • κοινοτικός υγειονομικός υπάλληλος  
 • δάσκαλος  
 • ψυχολόγος  
 • φυσιοθεραπευτής

No   
Όχι

Yes  **1** Name  
Ναι

Name  
Όνομα

Profession  
Επάγγελμα

Address  
Διεύθυνση

Postcode  
Ταχ. Κώδικας

Telephone  
Τηλέφωνο

Do you give permission for us to contact this person?  
Δίνετε άδεια να επικοινωνήσουμε με αυτό το άτομο;

No  Yes   
Όχι  Ναι

**2** Name  
Όνομα

Profession  
Επάγγελμα

Address  
Διεύθυνση

Postcode  
Ταχ. Κώδικας

Telephone  
Τηλέφωνο

Do you give permission for us to contact this person?  
Δίνετε άδεια να επικοινωνήσουμε με αυτό το άτομο;

No  Yes   
Όχι  Ναι

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

*Αν χρειάζεστε περισσότερο χώρο, παρακαλείστε να επισυνάψετε ξεχωριστό φύλλο με λεπτομέρειες.*

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

Yes  Please give details  
Ναι Παρακαλείστε να δώσετε λεπτομέρειες

Υπάρχουν οποιεσδήποτε άλλες πληροφορίες που θεωρείτε ότι χρειάζεται να γνωρίζουμε σχετικά με τις αναπηρίες, τις ασθένειες ή τα τραύματά σας;


*If you need more space, please attach a separate sheet of paper with details.  
Αν χρειάζεστε περισσότερο χώρο, παρακαλείστε να επισυνάψετε ξεχωριστό φύλλο με λεπτομέρειες.*

**13 School or full-time education details**  
Στοιχεία σχολείου ή εκπαίδευσης πλήρους φοίτησης

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

--

 years old  
χρόνων

Πόσων χρονών ήσαστε όταν σταματήσατε το σχολείο ή την εκπαίδευση πλήρους φοίτησης;

Year of leaving school/education

Έτος αποχώρησης από το σχολείο/εκπαίδευση

--

What grade/year did you reach?

Μέχρι ποια τάξη/ ποιο έτος φθάσατε;

--

What is the highest educational qualification you obtained?

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

Ποια είναι τα ανώτερα εκπαιδευτικά προσόντα που αποκτήσατε;

π.χ. Πιστοποιητικό σχολικού Έτους 10

(Α' Λυκείου), Απολυτήριο Λυκείου, Πτυχίο


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

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

**Εξασφαλίσατε οποιαδήποτε άλλα προσόντα, ικανότητες ή πείρα;**

Συμπεριλάβετε πράγματα όπως εθελοντική εργασία, εκπαιδευτικά προγράμματα, τεχνικά προσόντα, άδειες, διπλώματα, τριτοβάθμια προσόντα.

No

Όχι

Yes

Ναι

Please give details

Παρακαλείστε να δώσετε λεπτομέρειες


*If you need more space, please attach a separate sheet of paper with details.  
Αν χρειάζεστε περισσότερο χώρο, παρακαλείστε να επισυνάψετε ξεχωριστό φύλλο με λεπτομέρειες.*

**15 Have you ever worked?**  
Εργαστήκατε ποτέ;

No

Όχι

Go to **Question 18**

Πηγαίνετε στην **ερώτηση 18**

Yes

Ναι

What date did you last work?

Πότε εργαστήκατε για τελευταία φορά

Month/Μήνας	Year/Έτος

 /

**16 What were your last 2 jobs?**

**Ποιες ήταν οι τελευταίες 2 δουλειές σας;**

<b>Your last job</b> <b>Η τελευταία δουλειά σας</b>	
Type of job Είδος εργασίας	
Days worked per week Ημέρες που εργαστήκατε κάθε εβδομάδα	
Was this work: Ήταν αυτή η δουλειά:	Full-time <input type="checkbox"/> Πλήρους Απασχόλησης    Part-time <input type="checkbox"/> Μερικής Απασχόλησης    Casual <input type="checkbox"/> Έκτακτη
Name of employer Όνομα εργοδότη	
Contact phone number Αριθμός τηλεφώνου για επικοινωνία	(       )
Reason for leaving this job (e.g. retirement, resignation, caring for family, medical condition – specify which medical condition) Αιτία αποχώρησης από τη δουλειά αυτήν (π.χ. σύνταξη, παραίτηση, φροντίδα μέλους της οικογένειας, ιατρική πάθηση – αναφέρετε την ιατρική πάθηση)	

<b>Your 2nd last job</b> <b>Η προτελευταία δουλειά σας</b>	
Type of job Είδος εργασίας	
Days worked per week Ημέρες που εργαστήκατε κάθε εβδομάδα	
Was this work: Ήταν αυτή η δουλειά:	Full-time <input type="checkbox"/> Πλήρους Απασχόλησης    Part-time <input type="checkbox"/> Μερικής Απασχόλησης    Casual <input type="checkbox"/> Έκτακτη
Name of employer Όνομα εργοδότη	
Contact phone number Αριθμός τηλεφώνου για επικοινωνία	(       )
Reason for leaving this job (e.g. retirement, resignation, caring for family, medical condition – specify which medical condition) Αιτία αποχώρησης από τη δουλειά αυτήν (π.χ. σύνταξη, παραίτηση, φροντίδα μέλους της οικογένειας, ιατρική πάθηση – αναφέρετε την ιατρική πάθηση)	

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

*Αν χρειάζεστε περισσότερο χώρο, παρακαλείστε να επισυνάψετε ξεχωριστό φύλλο με λεπτομέρειες.*

**17 Have you been given or offered extra support in the workplace because of injury, illness or injury, such as modification to your environment, reduced hours of work, alternative duties, retraining etc?**

**Σας δόθηκε ή σας προσφέρθηκε πρόσθετη υποστήριξη στο χώρο εργασίας σας εξαιτίας της αναπηρίας, ασθένειας ή τραυματισμού σας, όπως κάποια τροποποίηση στο περιβάλλον, μείωση των ωρών εργασίας, εναλλακτικά καθήκοντα, εκ νέου εκπαίδευση κ.λπ.;**

No

Όχι

Yes

Ναι

Please give details

Παρακαλείστε να δώσετε λεπτομέρειες


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

*Αν χρειάζεστε περισσότερο χώρο, παρακαλείστε να επισυνάψετε ξεχωριστό φύλλο με λεπτομέρειες.*

- 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

Όχι

Yes

Ναι

**Συμμετείχατε σε κάποιο πρόγραμμα για εύρεση εργασίας, διατήρηση της εργασίας σας, επιστροφή στον εργασιακό χώρο, διαχείριση του τραυματισμού σας ή βοήθεια για επαγγελματική αποκατάσταση, απόκτηση νέων δεξιοτήτων, επαγγελματική εμπειρία ή κατάρτιση;**

**1** Name of provider   
Όνομα φορέα

Type of program   
Τύπος προγράμματος

Dates you participated From To  
Ημερομηνίες συμμετοχής Από Μέχρι

Day/Ημέρα Month/Μήνας Year/Έτος Day/Ημέρα Month/Μήνας Year/Έτος  
/ / / / / /

**2** Name of provider   
Όνομα φορέα

Type of program   
Τύπος προγράμματος

Dates you participated From To  
Ημερομηνίες συμμετοχής Από Μέχρι

Day/Ημέρα Month/Μήνας Year/Έτος Day/Ημέρα Month/Μήνας Year/Έτος  
/ / / / / /

*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.*

*Επισυνάψτε τυχόν έγγραφα που έχετε, τα οποία παρέχουν λεπτομέρειες για τη συμμετοχή σας στο πρόγραμμα, συμπεριλαμβανομένης της ημερομηνίας έναρξης και λήξης του προγράμματος, των απαιτήσεων του προγράμματος, των ενεργειών που αναλάβατε κατά τη διάρκεια του προγράμματος και για τι χρονικό διάστημα.*

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

No

Όχι

Yes

Ναι

**Υπάρχει κανένας λόγος για τον οποίο δεν θα μπορούσατε να παρακολουθήσετε ένα πρόγραμμα αποκατάστασης ή επαγγελματικής κατάρτισης στο μέλλον;**

Is this because you are about to have other treatment?  
Οφείλεται αυτό στο ότι πρόκειται να υποβληθείτε σε άλλη θεραπεία;

No

Όχι

Yes

Ναι

Please give details  
Παρακαλείστε να δώσετε λεπτομέρειες

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

*Αν χρειάζεστε περισσότερο χώρο, παρακαλείστε να επισυνάψετε ξεχωριστό φύλλο με λεπτομέρειες.*

Is this drug or alcohol related?  
Έχει σχέση με ναρκωτικά ή αλκοόλ;

No

Όχι

Yes

Ναι

Is there another reason?  
Υπάρχει άλλος λόγος;

No

Όχι

Yes

Ναι

Please give details  
Παρακαλείστε να δώσετε λεπτομέρειες

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

*Αν χρειάζεστε περισσότερο χώρο, παρακαλείστε να επισυνάψετε ξεχωριστό φύλλο με λεπτομέρειες.*



- 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   
 τώρα 6–12 μήνες περισσότερα από 2 χρόνια  
 Πότε νομίζετε ότι θα είστε ικανός/ή να αρχίσετε εργασία μερικής ή πλήρους απασχόλησης ή σπουδές μερικής ή πλήρους φοίτησης;  within 6 months  12–24 months  never   
 μέσα σε 6 μήνες 12–24 μήνες ποτέ

- 21** Did someone help you complete this form?  No  Όχι  
 Σας βοήθησε κανένας για να συμπληρώσετε αυτό το έντυπο;  Yes  Who helped you? Ποιος σας βοήθησε;  
 Name Όνομα   
 Address Διεύθυνση   
 Postcode Ταχ. Κώδικας   
 Telephone Τηλέφωνο (  )   
 Do you give permission for us to contact this person?  No  Yes   
 Δίνετε άδεια να επικοινωνήσουμε με αυτό το άτομο; Όχι Ναι

**22 IMPORTANT INFORMATION ΣΗΜΑΝΤΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ**

**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)

**Απόρρητο και προσωπικές πληροφορίες**

Οι προσωπικές σας πληροφορίες προστατεύονται από τη νομοθεσία (συμπεριλαμβανομένου του Νόμου περί Απορρήτου 1988 (*Privacy Act 1988*)) και συλλέγονται από το Department of Human Services της αυστραλιανής κυβέρνησης για το σκοπό της αξιολόγησης και διαχείρισης πληρωμών και υπηρεσιών. Αυτές οι πληροφορίες είναι αναγκαίες για την διεκπεραίωση της αίτησης ή της προσφυγής σας.

Οι πληροφορίες σας μπορεί να χρησιμοποιηθούν από την υπηρεσία ή να παραχωρηθούν σε τρίτους εάν έχετε παράσχει τη συναίνεσή σας, ή εάν αυτό απαιτείται ή επιτρέπεται από το νόμο (μεταξύ άλλων για σκοπούς έρευνας ή διεξαγωγής διερευνήσεων).

Μπορείτε να λάβετε περισσότερες πληροφορίες σχετικά με τον τρόπο που η υπηρεσία θα διαχειρίζεται τα προσωπικά σας στοιχεία, συμπεριλαμβανομένης της Δήλωσης Απορρήτου μας, στη διεύθυνση [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.

**Η δήλωσή σας.**

Αν ο/η πελάτης δεν μπορεί να υπογράψει αυτό το έντυπο, θα πρέπει να υπογράφεται από το νομικό του/της αντιπρόσωπο και θα πρέπει να επισυνάπτεται αντίγραφο των εγγράφων κηδεμονίας ή πληρεξουσίου του/της.

**I declare that:**

- the information I have given is correct.

**I understand that:**

- giving false or misleading information is a serious offence.

**Δηλώνω ότι:**

- οι πληροφορίες που έχω δώσει σ' αυτό το έντυπο είναι σωστές.

**Καταλαβαίνω ότι:**

- η χορήγηση ψευδών ή παραπλανητικών πληροφοριών είναι σοβαρό αδίκημα.

**Your signature Η υπογραφή σας**

**Date Ημερομηνία**

**Return this form to:**

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

**Επιστρέψτε αυτό το έντυπο στη  
διεύθυνση:**

**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 Ελέγξτε ότι έχετε διαβάσει και υπογράψει τη δήλωσή σας ανωτέρω.
  - 2 Επισυνάψτε οποιοσδήποτε περαιτέρω πληροφορίες που θεωρείτε ότι υποστηρίζουν την αίτησή σας. Αν δεν μπορείτε να παρέχετε όλα τα έγγραφα αμέσως, μην καθυστερήσετε την επιστροφή του εντύπου σας. Παρακαλείστε να παρέχετε οποιαδήποτε υπολειπόμενα έγγραφα όσο το συντομότερο δυνατό στο  
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 **0080 0611 26209** (between 8.00 am and 5.00 pm Hobart Time, Monday to Friday).

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

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**

Αν έχετε οποιοσδήποτε ερωτήσεις παρακαλείστε να τηλεφωνείτε απευθείας το Department of Human Services (δωρεάν) στον αριθμό **0080 0611 26209** (μεταξύ 8.00 π.μ. και 5.00 μ.μ. ώρα Hobart, από Δευτέρα μέχρι Παρασκευή).

Η υπηρεσία αυτή μπορεί να μην είναι διαθέσιμη από όλες τις περιοχές της Ελλάδας.

Εάν η υπηρεσία αυτή δεν είναι διαθέσιμη, καλέστε το Department of Human Services στον αριθμό (+61 3) **6222 3455** (εκτός Αυστραλίας) ή **131 673** (εντός Αυστραλίας).

**Σημείωση:** Ισχύουν χρεώσεις κλήσεων – κλήσεις από κινητά τηλέφωνα ενδεχομένως να έχουν υψηλότερη χρέωση.