

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.

Quem deve preencher este formulário?

Este formulário deve ser preenchido por pessoas com incapacidade, doença ou lesão e que estejam a requerer um pagamento do Centrelink ou requerer uma pensão de outro país.

Por favor devolva o formulário preenchido **no prazo de 28 dias** após o ter recebido, para garantir que recebe assistência o mais breve possível.

1 Customer details
Dados do cliente

Centrelink Reference Number (if known) - - -
Número de Referência de Cliente (se conhecido)

Family name
Apelido(s)

Maiden name (if applicable)
Nome de solteira (se aplicável)

Previous married name (if applicable)
Prévio nome de casada (se aplicável)

Other aliases (if applicable)
Outros nomes pelos quais é ou foi conhecido/a (se aplicável)

Given name(s)
Nome(s) próprio(s)

Date of birth Day/Dia / Month/Mês / Year/Ano Male Masculino Female Feminino

Address
Endereço

Postcode Código Postal

Is there a telephone number we can contact you on? No Não
Tem um número de telefone para o podermos contactar? Yes Sim ()

Do you need an interpreter? No Não
Precisa de intérprete? Yes Sim Preferred language Língua preferida

2 Please list any disabilities, illnesses or injuries that you have
Por favor indique quaisquer incapacidades, doenças ou ferimentos que tenha



CLK0AUS142PT 1807

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

Month/Mês	/	Year/Ano
-----------	---	----------

OR/OU

I have had my disabilities or illnesses since birth
A(s) minha(s) incapacidade(s), doença(s) ou lesões são de nascença

Quando é que estas incapacidades, doenças ou ferimentos começaram a dificultar o seu trabalho ou estudo a tempo inteiro?

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

No

Não

Yes

Sim

Please give details

Por favor forneça pormenores

e.g. medication, physical therapy, counselling

Você está recebendo tratamento por quaisquer incapacidades, doenças ou lesões?

Ex, medicação, fisioterapia, aconselhamento

*If you need more space, please attach a separate sheet of paper with details.
Se precisar de fornecer mais informações, anexe uma folha separada.*

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

No

Não

Yes

Sim

Date of last admission

Data do último internamento num hospital

Day/Dia	Month/Mês	Year/Ano
/	/	/

Name of hospital

Nome do hospital

--

Duration of stay

Duração da estadia no hospital

From

De

To

A

Day/Dia	Month/Mês	Year/Ano
/	/	/

Day/Dia	Month/Mês	Year/Ano
/	/	/

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

Motivo do internamento no hospital ex. operação, investigação, tratamento

Number of admissions in the last 5 years

Número de internamentos nos últimos 5 anos

--

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

No

Não

Yes

Sim

Type of operation/procedure

Tipo de operação/procedimento

Expected date (if known)

Data prevista (se sabe)

Day/Dia	Month/Mês	Year/Ano
/	/	/

Where will operation take place (if known)

Onde será realizada a operação (se souber)

Reason for operation

Razões para a operação

**7 How often does your disability, illness or injury make it difficult for you to:
Com que frequência a sua incapacidade, doença ou lesão dificulta as seguintes posições?**

	no problem sem problemas	sometimes às vezes	often frequentemente	all the time sempre	Please give further details (if applicable) Forneça mais pormenores (se for aplicável)
sit sentar-se	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
stand levantar-se	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
walk andar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
climb stairs subir escadas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
drive a car conduzir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
use public transport usar transportes públicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
pick up objects levantar objectos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
handle objects manusear objectos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
lift levantar objectos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
carry carregar objectos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
bend curvar-se	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
operate everyday appliances or machinery operar aparelhos ou máquinas de uso diário	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
read ler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
write escrever	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
speak falar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
hear ouvir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
concentrate concentrar-se	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
remember recordar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
interact with others interagir com outras pessoas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
attend work or other appointments comparecer ao trabalho ou a outras consultas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
understand or follow instructions compreender ou seguir instruções	<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 respirar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
manage your personal affairs gerir os seus assuntos pessoais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
care for yourself* cuidar de si*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
care for others cuidar de outras pessoas	<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.*

* Se alguém estiver a cuidar de si a tempo inteiro, essa pessoa pode ter direito a receber um pagamento de prestador de cuidados. *Por favor contacte os Serviços Internacionais se necessitar mais pormenores.*

8 In a workplace, would your disabilities, illnesses or injuries make it difficult for you to:
No local de trabalho, suas incapacidades, doenças ou lesões dificultariam para:

no sometimes often all the time
 não às vezes frequentemente sempre

Please give further details (if applicable)
Forneça mais pormenores (se for aplicável)

A	interact with others? Interagir com outros?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
B	maintain appropriate behaviour? manter comportamento apropriado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
C	cope with work related stress or pressure? lidar com stress ou pressões de trabalho?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
D	learn new tasks? aprender novas tarefas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
E	remember how to do tasks? lembrar-se de fazer as tarefas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
F	understand and follow instructions? entender e seguir instruções?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
G	concentrate? concentrar-se?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
H	persist at tasks without unscheduled breaks? persistir nas tarefas sem intervalos programados?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
I	undertake more than one task? fazer mais de uma tarefa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
J	look after your personal care needs? cuidar de suas necessidades pessoais?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
K	physically complete tasks? completar fisicamente as tarefas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
L	move safely around the workplace? mover-se com segurança pelo local de trabalho?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
M	communicate with others? comunicar-se com os outros?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
N	control the use of your language? controlar o uso da sua linguagem?	<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.
Quem é o/a médico/a que normalmente consulta sobre a sua incapacidade, doença ou lesão?
 e.g. o seu médico de clínica geral.

Name
Nome

Address
Endereço

Postcode
Código Postal

Telephone
Telefone

Do you give permission for us to contact this person?
Autoriza que contactemos esta pessoa?

No Yes
 Não Sim

10 Have any specialists or other doctors treated you for these disabilities, illnesses or injuries?
Esta incapacidade, doença ou lesão foi tratada por qualquer outro especialista ou médico?

No
 Não

Yes **Name**
 Sim **Nome**

Address
Endereço

Postcode
Código Postal

Telephone
Telefone

Date of last visit
Data da última consulta

Conditions for which you were treated
Condições para as quais recebeu tratamento

*If you have specialist reports, please attach copies.
 Se possui relatórios de especialistas, por favor anexe cópias.*

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
Consultou ou recebeu assistência de qualquer outra pessoa em relação à sua incapacidade, doença ou lesão?
 e.g. • conselheiro
 • trabalhador social
 • trabalhador de saúde comunitária
 • professor
 • psicólogo
 • fisioterapeuta

No
 Não

Yes **1**

Name
Nome

Profession
Profissão

Address
Endereço

Postcode
Código Postal

Telephone
Telefone

Do you give permission for us to contact this person?
Autoriza que contactemos esta pessoa?

No Yes
 Não Sim

2

Name
Nome

Profession
Profissão

Address
Endereço

Postcode
Código Postal

Telephone
Telefone

Do you give permission for us to contact this person?
Autoriza que contactemos esta pessoa?

No Yes
 Não Sim

*If you need more space, please attach a separate sheet of paper with details.
 Se precisar de fornecer mais informações, anexe uma folha separada.*

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

Há mais alguma informação sobre as suas incapacidades, doenças ou lesões que pense ser relevante para o nosso serviço?

Yes Please give details
Sim Por favor forneça pormenores

*If you need more space, please attach a separate sheet of paper with details.
Se precisar de fornecer mais informações, anexe uma folha separada.*

13 School or full-time education details
Pormenores de escola ou educação a tempo inteiro

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

Que idade tinha quando saiu da escola ou quando deixou de estudar a tempo inteiro?

Year of leaving school/education
Ano em que saiu da escola ou parou de estudar

What grade/year did you reach?
Que classe ou ano alcançou?

What is the highest educational qualification you obtained?
e.g. Year 10 Certificate, Higher School Certificate, Degree
Qual foi o grau de habilitações literárias mais elevado que alcançou?
Por ex.: Certificado do 10o. Ano de Escolaridade, Certificado do 12o. Ano de Escolaridade, Licenciatura

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

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

Obteve quaisquer outras habilitações, competências, ou experiência profissional?

Inclua coisas como: trabalho voluntário, cursos, carteiras profissionais, licenças, diplomas, cursos superiores.

Yes Please give details
Sim Por favor forneça pormenores

*If you need more space, please attach a separate sheet of paper with details.
Se precisar de fornecer mais informações, anexe uma folha separada.*

15 Have you ever worked?
Alguma vez trabalhou?

No Go to **Question 18**
Não Siga para a **Pergunta 18**

Yes What date did you last work?
Sim Quando trabalhou pela última vez? Month/Mês / Year/Ano

**16 What were your last 2 jobs?
Quais foram os seus 2 últimos empregos?**

Your last job O seu último emprego	
Type of job Tipo de trabalho	<input type="text"/>
Days worked per week Número de dias que trabalhou por semana	<input type="text"/>
Was this work: Este trabalho era:	Full-time <input type="checkbox"/> Part-time <input type="checkbox"/> Casual <input type="checkbox"/> A tempo inteiro A tempo parcial Casual
Name of employer Nome do empregador	<input type="text"/>
Contact phone number Número de telefone para contacto	(<input type="text"/>)
Reason for leaving this job (e.g. retirement, resignation, caring for family, medical condition – specify which medical condition) Razão pela qual deixou este emprego (por exemplo, reforma, demissão, cuidar da família, condição de saúde – especifique qual a condição de saúde)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

Your 2nd last job O seu penúltimo emprego	
Type of job Tipo de trabalho	<input type="text"/>
Days worked per week Número de dias que trabalhou por semana	<input type="text"/>
Was this work: Este trabalho era:	Full-time <input type="checkbox"/> Part-time <input type="checkbox"/> Casual <input type="checkbox"/> A tempo inteiro A tempo parcial Casual
Name of employer Nome do empregador	<input type="text"/>
Contact phone number Número de telefone para contacto	(<input type="text"/>)
Reason for leaving this job (e.g. retirement, resignation, caring for family, medical condition – specify which medical condition) Razão pela qual deixou este emprego (por exemplo, reforma, demissão, cuidar da família, condição de saúde – especifique qual a condição de saúde)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

*If you need more space, please attach a separate sheet of paper with details.
Se precisar de fornecer mais informações, anexe uma folha separada.*

**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?
Foi-lhe dado ou oferecido apoio extra no seu local de trabalho por causa da sua incapacidade, doença ou lesão, tal como modificação do seu ambiente, horas de trabalho reduzidas, tarefas alternativas, nova formação, etc.?**

No

Não

Yes ▶ Please give details

Sim Por favor forneça pormenores

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

*If you need more space, please attach a separate sheet of paper with details.
Se precisar de fornecer mais informações, anexe uma folha separada.*

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

Não

Yes

Sim

Participou em quaisquer programas para o/a ajudar a encontrar trabalho, permanecer num emprego, voltar ao trabalho, gerir a sua lesão ou para o/a ajudar com reabilitação profissional, obter novas aptidões, experiência de trabalho ou formação?

1	Name of provider Nome do fornecedor	<input type="text"/>
	Type of program Tipo de programa	<input type="text"/>
	Dates you participated Datas em que participou	From De <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> To A <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>

2	Name of provider Nome do fornecedor	<input type="text"/>
	Type of program Tipo de programa	<input type="text"/>
	Dates you participated Datas em que participou	From De <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> To A <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>

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.

Junte qualquer documentação que possua e que forneça pormenores sobre a sua participação no programa, incluindo informação sobre quando o programa começou e terminou, os requisitos do programa, em que actividades participou enquanto no programa e durante quanto tempo.

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

No

Não

Yes

Sim

Há algum motivo que impeça a sua participação num programa de reabilitação ou de formação profissional no futuro?

Is this because you are about to have other treatment?
Isto deve-se a que está prestes a receber outro tratamento?

No

Não

Yes

Sim

Please give details
Por favor forneça pormenores

<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.
Se precisar de fornecer mais informações, anexe uma folha separada.*

Is this drug or alcohol related?

O tratamento está relacionado com droga ou bebidas alcoólicas?

No

Não

Yes

Sim

Is there another reason?

Há mais algum motivo?

No

Não

Yes

Sim

Please give details
Por favor forneça pormenores

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

*If you need more space, please attach a separate sheet of paper with details.
Se precisar de fornecer mais informações, anexe uma folha separada.*

- 20** When do you think you will be able to start part-time or full-time work or study?
Quando pensa poder começar a trabalhar ou estudar a tempo parcial ou a tempo inteiro?
- | | | |
|--|---------------------------------------|--|
| now <input type="checkbox"/> | 6–12 months <input type="checkbox"/> | more than 2 years <input type="checkbox"/> |
| agora | 6–12 meses | mais de 2 anos |
| within 6 months <input type="checkbox"/> | 12–24 months <input type="checkbox"/> | never <input type="checkbox"/> |
| dentro de 6 meses | 12–24 meses | nunca |

- 21** Did someone help you complete this form?
Precisou de ajuda para preencher este formulário?
- No
Não
- Yes Who helped you?
Sim Quem o ajudou?
- Name
Nome
- Address
Endereço
- Telephone
Telefone ()
- Postcode
Código Postal
- Do you give permission for us to contact this person? No Yes
Autoriza que contactemos esta pessoa? Não Sim

22 IMPORTANT INFORMATION
INFORMAÇÕES 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

A privacidade e as suas informações pessoais

As suas informações pessoais estão protegidas por lei (incluindo pelo *Privacy Act 1988* - Lei da Privacidade), e são recolhidas pelo Department of Human Services do governo australiano, para avaliação e administração de pagamentos e serviços. Estas informações são necessárias para processar o seu requerimento ou pedido.

As suas informações poderão ser usadas pelo departamento, ou, se tiver concordado, ser transmitidas a outras partes, ou quando seja requerido ou autorizado por lei (incluindo para propósitos de pesquisa ou para realizar investigações).

Pode obter mais informações sobre como o departamento gerirá as suas informações pessoais, incluindo a nossa política de privacidade, 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.

A sua declaração

Se o cliente não puder assinar este formulário, ele deverá ser assinado pelo seu representante legal e uma cópia da sua procuração ou autorização de tutela deverá ser anexada.

I declare that:

- the information I have given is correct.

I understand that:

- giving false or misleading information is a serious offence.


Declaro que:

- as informações que prestei neste formulário são correctas.

Compreendo que:

- fornecer informação falsa ou enganosa é uma ofensa séria.

**Your signature
Assinatura**



Date
Data

Day/Dia / Month/Mês / Year/Ano

Return this form to:

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

Envie este formulário preenchido para:

**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 Certifique-se que leu e assinou a declaração que prestou mais acima.
 - 2 Anexe quaisquer outras informações adicionais que pense poderem reforçar o seu requerimento. Se não puder fornecer todos os documentos imediatamente, não atrase o envio do seu formulário. Assim que possível, envie os restantes documentos para o 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 **800 861 122** (between 8.00 am and 5.00 pm Hobart Time, Monday to Friday).

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

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.

INFORMAÇÕES

Se tiver quaisquer dúvidas, por favor telefone directamente para o Department of Human Services (grátis) através do **800 861 122** (entre as 8.00 e as 17.00 horas, hora de Hobart, de segunda-feira a sexta-feira).

Este serviço pode não estar disponível de todas as localidades em Portugal.

Se este serviço não estiver disponível telefone para o Department of Human Services através do **(+61 3) 6222 3455** (de fora da Austrália) ou do **131 673** (de dentro da Austrália).

Note: Tarifas de chamada são aplicáveis – chamadas efectuadas a partir de telemóveis poderão ser cobradas a tarifas mais elevadas.