



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.

**Bu formu kim doldurmalıdır?**

Bu form, bir sakatlık veya hastalığı olan ya da incinmiş olup iş aramakta olan ve bir Centrelink ödeneği için başvuruyor veya başka bir ülkeden emeklilik ödeneği talep ediyor olan kişilerce doldurulmalıdır.

Mümkün olan en erken tarihte yardım görmeyi sağlamak için, lütfen doldurulmuş formu aldığınız günü izleyen **28 gün içinde** iade ediniz.

**1 Customer details**  
**Müşteri bilgileri**

Centrelink Reference Number (if known) [ ] - [ ] - [ ] - [ ]  
Centrelink Referans Numarası (eğer biliyorsa)

Family name [ ]  
Soyadı

Maiden name (if applicable) [ ]  
Kızlık soyadı (eğer mevcutsa)

Previous married name (if applicable) [ ]  
Bir önceki evliliğindeki soyadı (eğer mevcutsa)

Other aliases (if applicable) [ ]  
Diğer isimler (eğer mevcutsa)

Given name(s) [ ]  
Adı

Date of birth [ Day/Gün / Month/Ay / Year/Yıl ] Male [ ] Female [ ]  
Doğum tarihi Erkek Kadın

Address [ ]  
Adresi  
Postcode [ ]  
Posta Kodu

Is there a telephone number we can contact you on? No [ ]  
Sizinle ilişkiye geçebileceğimiz bir telefon numarası var mı? Evet [ ] ( )

Do you need an interpreter? No [ ]  
Tercümana ihtiyacınız var mı? Evet [ ] Preferred language [ ]  
Tercih ettiğiniz dil [ ]

**2 Please list any disabilities, illnesses or injuries that you have**  
**Sizde olan hastalıkları, sakatlıkları veya incinmeleri lütfen sıralayınız**

[ ]  
[ ]  
[ ]  
[ ]



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

Month/Ay / Year/Yıl

OR/VEYA

I have had my disabilities or illnesses since birth   
Hastalıklarım/sakatlıklarım doğuştandır

**Bu hastalıklar/sakatlıklar/ incinmeler ne zaman sizin tamgün çalışmanız veya eğitim görmeyiz için güçlük yaratmaya başladı?**

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

No

Hayır

Yes

Evet

Please give details

Lütfen ayrıntılı bilgi veriniz

e.g. medication, physical therapy, counselling

**Sakatlıklarınız, hastalıklarınız veya incinmeleriniz için herhangi bir tedavi görüyor musunuz?**

Örneğin, ilaçlar, fizik tedavi, danışmanlık servisi


*If you need more space, please attach a separate sheet of paper with details.  
Daha fazla yere ihtiyacınız varsa lütfen ayrı bir tabaka kağıt ekleyiniz.*

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

No

Hayır

Yes

Evet

Date of last admission

En son yatış tarihiniz

Day/Gün / Month/Ay / Year/Yıl

Name of hospital

Hastanenin adı

--

Duration of stay

Yatma süreniz

From  
'den/dan

To  
'e/a

Day/Gün / Month/Ay / Year/Yıl

Day/Gün / Month/Ay / Year/Yıl

Reason for admission

e.g. operation, investigation, treatment

Hastaneye yatma nedeniniz;  
örneğin ameliyat, araştırma, tedavi


Number of admissions in the last 5 years  
Son 5 yıl içinde kaç kez yattınız

--

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

No

Hayır

Yes

Evet

Type of operation/procedure

Ameliyatın/İşlemin türü


Expected date (if known)

Olası tarih (biliniyorsa)

Day/Gün / Month/Ay / Year/Yıl

Where will operation take place (if known)

Ameliyatın nerede yapılacağı (biliniyorsa)


Reason for operation

Ameliyatın sebebi


7 How often does your disability, illness or injury make it difficult for you to:  
Hastalıklarınız, sakatlıklarınız veya incinmeleriniz şunlar için ne sıklıkta size güçlük yaratıyor:

	no problem sorun yok	sometimes bazen	often sık sık	all the time her zaman	Please give further details (if applicable) Eğer uygunsuzsa daha fazla bilgi veriniz
sit oturma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
stand ayakta durma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
walk yürüme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
climb stairs merdiven çıkmak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
drive a car araba sürme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
use public transport kamu ulaştırma araçlarını kullanma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
pick up objects nesneleri yerden almak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
handle objects nesneleri elinde tutmak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
lift kaldırma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
carry taşıma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
bend eğilme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
operate everyday appliances or machinery günlük araçları veya makineleri kullanma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
read okuma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
write yazma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
speak konuşma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
hear işitme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
concentrate dikkati toplama	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
remember anımsama	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
interact with others başkalarıyla karşılıklı etkileşim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
attend work or other appointments işe veya diğer randevulara gitme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
understand or follow instructions talimatları anlama ve izleme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
sleep uyuma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
breathe nefes alma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
manage your personal affairs kişisel işlerinizi yerine getirme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
care for yourself* kendi kendinize bakma*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
care for others başkalarına bakma	<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.

\* Eğer bir kişi tam-gün size bakıyorsa, bakıcı ödeneğine hakkı olabilir. Daha fazla ayrıntıya ihtiyacınız olursa lütfen Uluslararası Hizmetler (International Services) ile temasa geçiniz.

8

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

Sakatlık, hastalık veya incinmeleriniz bir işyerinde aşağıdakileri yapmanıza zorluk çıkarır mı?

no sometimes often all the time  
hayır bazen sık sık her zaman

Please give further details (if applicable)  
Eğer uygunsa daha fazla bilgi veriniz

A	interact with others? başkalarıyla karşılıklı ilişki halinde olma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
B	maintain appropriate behaviour? uygun olan davranışı sürdürme?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
C	cope with work related stress or pressure? işle ilgili stres ve baskı ile başa çıkabilme?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
D	learn new tasks? işle ilgili yeni görevleri öğrenebilme?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
E	remember how to do tasks? işle ilgili görevlerin nasıl yapıldığını anımsama?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
F	understand and follow instructions? direktifleri anlama ve yerine getirme?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
G	concentrate? konsantre olma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
H	persist at tasks without unscheduled breaks? plan dışı molalar almadan işle ilgili görevleri yapmaya devam etme?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
I	undertake more than one task? işle ilgili birden fazla görevi üstlenme?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
J	look after your personal care needs? kişisel bakım ihtiyaçlarınızı karşılayabilme?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
K	physically complete tasks? işle ilgili görevleri bedenen bitirme?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
L	move safely around the workplace? işyerinde emin bir şekilde hareket etme?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
M	communicate with others? başkaları ile haberleşme?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
N	control the use of your language? söylediklerinizi kontrol edebilme?	<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.  
**Engeliniz, hastalık ve incinmenizle ilgili olarak genel olarak hangi doktoru görüyorsunuz?**  
örneğin, aile doktorunuz.

Name  
Adı

Address  
Adresi

Postcode  
Posta Kodu

Telephone  
Telefonu

Do you give permission for us to contact this person?  
Bu kişiyle temas kurmamız için bize yetki veriyor musunuz?

No  Yes   
Hayır Evet

**10 Have any specialists or other doctors treated you for these disabilities, illnesses or injuries?**  
**Yukarıda belirtilen engeliniz, hastalık ve incinmenizle ilgili olarak uzman doktor veya başka doktorlar tarafından tedavi gördünüz mü?**

No   
Hayır

Yes  Name  
Evet Adı

Address  
Adresi

Postcode  
Posta Kodu

Telephone  
Telefonu

Date of last visit  
Son ziyaret tarihi

Conditions for which you were treated  
Tedavi gördüğünüz sorunlarınız

Day/Gün / Month/Ay / Year/Yıl

*If you have specialist reports, please attach copies.  
Uzman doktor raporlarınız varsa, lütfen bunları iliştiniriz.*

**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  
**Engeliniz, hastalık ve incinmenizle ilgili olarak başvurduğunuz ya da bu konularda size yardımcı olan başka kimse var mı?**  
örnek,  
• danışman  
• sosyal görevli  
• toplum sağlık görevlisi  
• öğretmen  
• psikolog  
• fizyoterapist

No   
Hayır

Yes  **1** Name  
Evet Adı

Profession  
Mesleği

Address  
Adresi

Postcode  
Posta Kodu

Telephone  
Telefonu

Do you give permission for us to contact this person?  
Bu kişiyle temas kurmamız için bize yetki veriyor musunuz?

No  Yes   
Hayır Evet

**2** Name  
Adı

Profession  
Mesleği

Address  
Adresi

Postcode  
Posta Kodu

Telephone  
Telefonu

Do you give permission for us to contact this person?  
Bu kişiyle temas kurmamız için bize yetki veriyor musunuz?

No  Yes   
Hayır Evet

*If you need more space, please attach a separate sheet of paper with details.  
Daha fazla yere ihtiyacınız varsa lütfen ayrı bir tabaka kağıt ekleyiniz.*

- 12** Is there any other information you feel we need to know about your disabilities, illnesses or injuries?  
Hastalıklarınız/sakatlıklarınız/incinmeleriniz hakkında bilmemiz gerektiğini hissettiğiniz başka bir bilgi var mı?

No

Hayır

Yes

Evet

Please give details

Lütfen ayrıntılı bilgi veriniz


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

*Daha fazla yere ihtiyacınız varsa lütfen ayrı bir tabaka kağıt ekleyiniz.*

- 13** School or full-time education details  
Okul veya tam-gün eğitim detayları

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

Okulu veya tam-gün eğitimi bıraktığınızda kaç yaşındaydınız?

Year of leaving school/education  
Okulu/eğitimi bıraktığınız yıl

What grade/year did you reach?  
Hangi sınıfa/yıla kadar okudunuz?

What is the highest educational qualification you obtained?  
e.g. Year 10 Certificate, Higher School Certificate, Degree  
Sahip olduğunuz en yüksek eğitim düzeyi nedir?

Örneğin: Ortaokul Diploması, Lise Diploması, Üniversite Diploması

years old  
yaşında

- 14** Have you gained any other qualifications, skills or experience?  
Başka bir nitelik, beceri veya deneyim edindiniz mi?

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

Gönüllü çalışmaları, kursları, meslek sertifikalarını, ehliyetleri, diplomaları, yüksek eğitim niteliklerini dahil ediniz.

No

Hayır

Yes

Evet

Please give details

Lütfen ayrıntılı bilgi veriniz


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

*Daha fazla yere ihtiyacınız varsa lütfen ayrı bir tabaka kağıt ekleyiniz.*

- 15** Have you ever worked?  
Hiç çalıştınız mı?

No

Hayır

Yes

Evet

Go to **Question 18**

**18. soruya** geçiniz

What date did you last work?

En son hangi tarihte çalıştınız?

Month/Ay

Year/Yıl

/

**16 What were your last 2 jobs?  
Son olarak yaptığınız 2 işiniz nelerdi?**

**Your last job  
En son işiniz**

Type of job  
İşin türü

Days worked per week  
Her hafta çalıştığınız günlerin sayısı

Was this work:  
Bu iş şunlardan hangisi idi:

Full-time  Part-time  Casual   
Tam-gün Yarım-gün Geçici

Name of employer  
İşverenin adı

Contact phone number  
Telefon numarası

Reason for leaving this job (e.g. retirement, resignation, caring for family, medical condition – specify which medical condition)  
Bu işten ayrılma sebebiniz (örneğin emeklilik, istifa, aileye bakmak, sağlık problemleri – hangi sağlık problemi olduğunun ayrıntılarını belirtin)

**Your 2nd last job  
Sondan 2nci işiniz**

Type of job  
İşin türü

Days worked per week  
Her hafta çalıştığınız günlerin sayısı

Was this work:  
Bu iş şunlardan hangisi idi:

Full-time  Part-time  Casual   
Tam-gün Yarım-gün Geçici

Name of employer  
İşverenin adı

Contact phone number  
Telefon numarası

Reason for leaving this job (e.g. retirement, resignation, caring for family, medical condition – specify which medical condition)  
Bu işten ayrılma sebebiniz (örneğin emeklilik, istifa, aileye bakmak, sağlık problemleri – hangi sağlık problemi olduğunun ayrıntılarını belirtin)

*If you need more space, please attach a separate sheet of paper with details.  
Daha fazla yere ihtiyacınız varsa lütfen ayrı bir tabaka kağıt ekleyiniz.*

**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?**

No   
Hayır

Yes  Please give details  
Evet Lütfen ayrıntılı bilgi veriniz

**Engeliniz, rahatsızlığınız veya incinmeniz nedeniyle etrafınızın düzenlenmesi, azaltılmış çalışma saatleri, alternatif görevler, yeniden eğitim vs gibi nedenlerle işyerinizden ek destek aldınız mı veya size teklif edildi mi?**

Form area for providing details of extra support received or offered in the workplace.

*If you need more space, please attach a separate sheet of paper with details.  
Daha fazla yere ihtiyacınız varsa lütfen ayrı bir tabaka kağıt ekleyiniz.*

- 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

Hayır

Yes

Evet

İş bulmanıza yardımcı olmak, işte kalmak, işe dönmek, sakatlığınızla başa çıkmak veya mesleki rehabilitasyonla yardım almak veya yeni beceriler edinmek amacıyla iş tecrübesi ya da eğitim amaçlı herhangi bir programa katıldınız mı?

1	Name of provider Kurumun adı	<input type="text"/>
	Type of program Programın türü	<input type="text"/>
	Dates you participated Katılım tarihleri	From 'den/dan To 'e/a
		Day/Gün / Month/Ay / Year/Yıl

2	Name of provider Kurumun adı	<input type="text"/>
	Type of program Programın türü	<input type="text"/>
	Dates you participated Katılım tarihleri	From 'den/dan To 'e/a
		Day/Gün / Month/Ay / Year/Yıl

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.

Bu programa katılım bilgilerinizi gösteren herhangi bir belgeyi lütfen ilişikte gönderiniz, ki bu bilgilere programın başlangıç ve bitişi, gerektirdikleri, programdayken ne tarz etkinlikler yaptığınız ve ne kadar sürdüğü de dahildir.

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

No

Hayır

Yes

Evet

Gelecekte bir rehabilitasyon veya meslek eğitimi programına katılamamanızın herhangi bir nedeni var mı?

Is this because you are about to have other treatment?  
Bunun nedeni yeni bir tedaviye başlamak üzere olmanız mıdır?

No

Hayır

Yes

Evet

Please give details  
Lütfen ayrıntılı bilgi veriniz

<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.  
Daha fazla yere ihtiyacınız varsa lütfen ayrı bir tabaka kağıt ekleyiniz.

Is this drug or alcohol related?  
Bunun uyuşturucu veya alkole bir ilişkisi var mı?

No

Hayır

Yes

Evet

Is there another reason?  
Başka bir neden mi var?

No

Hayır

Yes

Evet

Please give details  
Lütfen ayrıntılı bilgi veriniz

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

If you need more space, please attach a separate sheet of paper with details.  
Daha fazla yere ihtiyacınız varsa lütfen ayrı bir tabaka kağıt ekleyiniz.



**20** When do you think you will be able to start part-time or full-time work or study?  
**Ne zaman yarım günlük veya tam zamanlı bir işe veya öğrenime dönebileceğinizi düşünüyorsunuz?**

now  6–12 months  more than 2 years   
şimdi 6–12 ay arasında 2 yıldan fazla  
within 6 months  12–24 months  never   
6 ay içinde 12–24 ay arasında Hiç

**21** Did someone help you complete this form?  
**Bu formu doldurmanızda birisi size yardım etti mi?**

No   
Hayır

Yes  Who helped you?  
Evet  Size kim yardım etti?

Name  
Adı

Address  
Adresi

  

---

  

---

Postcode  
Posta Kodu

Telephone  
Telefonu

Do you give permission for us to contact this person?  
Bu kişiyle temas kurmamız için bize yetki veriyor musunuz?

No  Yes   
Hayır Evet

## 22 IMPORTANT INFORMATION ÖNEMLİ BİLGİLER

### 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)

### Gizlilik ve kişisel bilgileriniz

Kişisel bilgileriniz, 1998 Gizlilik Kanunu (*Privacy Act 1988*) da dahil olmak üzere kanunlar tarafından korunmaktadır. Bilgileriniz, Avustralya Hükümeti'ne bağlı Department of Human Services tarafından ödemelerin ve hizmetlerin değerlendirilmesi ve yönetimi amacıyla toplanmaktadır.

Bilgileriniz bakanlık tarafından kullanılabilir veya araştırma veya soruşturma amacıyla ya da sizin rızanız alınarak veya kanun tarafından talep edildiğinde ya da yetkilendirildiğinde üçüncü şahıslara verilebilir.

Bakanlığın, gizlilik politikamız dahil, kişisel bilgilerinizi kullanma yolu hakkında daha fazla bilgiyi [humanservices.gov.au/privacy](http://humanservices.gov.au/privacy) sitesinden alabilirsiniz.

## 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.

### İfadeniz

Müşteri bu formu imzalamıyorsa, yasal temsilcisi tarafından imzalanmalı ve veliliğinin veya vekaletinin bir kopyası eklenmelidir.

I declare that:

I understand that:

Beyan ederim ki:

Kabul ediyorum ki:

- the information I have given is correct.
- giving false or misleading information is a serious offence.
- verdiğim bilgiler doğrudur.
- yanlış veya yanıltıcı bilgi vermek ciddi bir suçtur.

Your signature  
İmzanız

Date  
Tarih

**Return this form to:**

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

**Bu formu řu adrese gönderiniz:**

**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 Yukardaki ifadeyi okuyup imzaladığınızdan emin olunuz.
  - 2 Başvurunuzu destekleyeceğini hissettiğiniz herhangi bir bilgiyi ekleyiniz. Tüm belgeleri hemen sağlayamıyorsanız, formunuzu göndermeyi geciktirmeyin. Lütfen geri kalan herhangi bir belgeyi mümkün olan en kısa zamanda Department of Human Services, International Services, PO Box 7809, Canberra BC ACT 2610, AUSTRALIA adresine gönderiniz.

**ENQUIRIES**

If you have any questions, please call the Department of Human Services direct (free of charge) on **00800 6190 5703** (between 8.00 am and 5.00 pm Hobart Time, Monday to Friday).

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

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.

**DAHA FAZLA BİLGİ**

Eğer herhangi bir sorunuz olursa lütfen Department of Human Services'i **00800 6190 5703** numaralı (ücretsiz) direk telefondan (Pazartesi'den Cuma'ya Hobart Saati ile sabah 8.00 ve akşam 5.00 saatleri arasında) arayınız.

Bu hizmet Türkiye'nin her yerinde olmayabilir.

Eğer bu hizmet mevcut değilse, Department of Human Services'i (Avustralya dışındaysanız) **(+61 3) 6222 3455** numaralı telefondan veya (Avustralya içindeyseniz) **131 673** numaradan arayınız.

**Not:** Aramalar ücrete tabidir. Cep telefonlarından yapılan aramalar daha yüksek bir tarifeye tabi olabilir.