



# Assessment for Carer Payment

## Leistungsanspruchsprüfung für die Zahlung von Pflegegeld

From the information you provide on this form, the Australian Government Department of Human Services, International Services will assess your eligibility for Carer Payment. You are also required to have a health professional complete the Health Professional Assessment form.

Please answer all questions.

Das Department of Human Services der australischen Bundesregierung, International Services, beurteilt auf der Grundlage der Informationen, die Sie auf diesem Formular angeben, Ihren Anspruch auf *Carer Payment* (Pflegegeld). Sie müssen weiter eine Fachkraft aus dem Gesundheitswesen das Formular *Health Professional Assessment* (Gutachten einer Fachkraft aus dem Gesundheitswesen) ausfüllen lassen.

Bitte beantworten Sie alle Fragen.

### 1 Your details Ihre Personalien

Title (e.g. Mr, Mrs, Ms, Dr) Anrede (z.B. Herr, Frau, Dr.)	<input type="text"/>
Family name Familiennamen	<input type="text"/>
First given name Erster Vorname	<input type="text"/>
Other given name(s) Weitere/r Vorname/n	<input type="text"/>
Date of birth Geburtsdatum	<input type="text" value="Day/Tag / Month/Monat / Year/Jahr"/>
Contact phone number Telefonisch zu erreichen unter	<input type="text" value="( )"/>

### About your partner Informationen über Ihren Partner / Ihre Partnerin

### 2 Your partner's details Personalien Ihres Partners / Ihrer Partnerin

Title (e.g. Mr, Mrs, Ms, Dr) Anrede (z.B. Herr, Frau, Dr.)	<input type="text"/>
Family name Familiennamen	<input type="text"/>
First given name Erster Vorname	<input type="text"/>
Other given name(s) Weitere/r Vorname/n	<input type="text"/>
Date of birth Geburtsdatum	<input type="text" value="Day/Tag / Month/Monat / Year/Jahr"/>

### 3 What is your partner's main disability/medical condition(s) for which they require care? Was ist die wichtigste Behinderung oder der wichtigste medizinische Zustand, für die bzw. den Ihr/e Partner/in Pflege braucht?

List condition(s) Bitte nennen Sie die Behinderung bzw. den Zustand / die Zustände	<input type="text"/>
	<input type="text"/>
	<input type="text"/>
	<input type="text"/>



CLK0AUS156AT 1806

4 Do you personally provide care for your partner on a daily basis because of the disability/medical condition?  
Erbringen Sie persönlich die tägliche Pflege aufgrund der Behinderung bzw. des medizinischen Zustands?

No   
Nein

Yes ▶  
Ja

Date care started (due to the disability/medical condition)  
Datum des Pflegebeginns (aufgrund der Behinderung / des medizinischen Zustands)

Day/Tag	Month/Monat	Year/Jahr
/	/	/

5 Is your partner currently in hospital?  
Befindet sich Ihr/e Partner/in derzeit in einem Krankenhaus?

No   
Nein

Yes ▶  
Ja

Date of hospitalisation  
Datum der Krankenhausaufnahme

Day/Tag	Month/Monat	Year/Jahr
/	/	/

Expected release date  
Voraussichtliches Entlassungsdatum

Day/Tag	Month/Monat	Year/Jahr
/	/	/

Do you provide care for your partner while they are in hospital?  
e.g. you are involved in your partner's rehabilitation or treatment.  
Erbringen Sie für Ihren Partner / Ihre Partnerin Pflege, während er / sie im Krankenhaus ist (beteiligen Sie sich z.B. an der Rehabilitation oder Behandlung)?

No   
Nein

Yes ▶  
Ja

Care you provide  
Von Ihnen erbrachte Pflege


Will your partner return to your care on their release from hospital?  
Wird Ihr/e Partner/in nach der Entlassung aus dem Krankenhaus wieder von Ihnen pflegerisch versorgt?

No ▶  
Nein

You may be asked for more information.  
Sie werden eventuell um weitere Informationen gebeten.

Yes   
Ja

6 Does your partner stay overnight or longer with any other person or organisation on a regular basis?  
**Bleibt Ihr/e Partner/in regelmäßig bei einer anderen Person oder Organisation über Nacht?**

No   
Nein

Yes  Ja

Please tick the box that shows the reason(s) why your partner stays overnight or longer with another person or organisation:

Bitte markieren Sie das Kästchen, das zeigt, warum Ihr/e Partner/in über Nacht oder länger bei einer anderen Person oder Organisation bleibt:

**Treatment** (other than hospitalisation)

e.g. spends night(s) at therapy

**Behandlung** (außer Krankenhausbehandlung)

verbringt z.B. eine oder mehrere Nächte in einer Therapie

How many nights?

e.g. 3 days a week, 1 night a month

Wie viele Nächte?

z.B. 3 Tage die Woche, 1 Nacht im Monat

When did this start?

Seit wann ist dies der Fall?

Day/Tag	Month/Monat	Year/Jahr
/	/	/

**Education/training**

e.g. spends night(s) at training centre or hostel

**Schulung / Bildung**

verbringt z.B. eine oder mehrere Nächte in einer Bildungseinrichtung oder einem Wohnheim

How many nights?

e.g. every weekend, 1 night a month

Wie viele Nächte?

z.B. jedes Wochenende, 1 Nacht im Monat

When did this start?

Seit wann ist dies der Fall?

Day/Tag	Month/Monat	Year/Jahr
/	/	/

**Shared care**

e.g. another family member

**Gemeinsame/Geteilte Pflege**

z.B. mit einem anderen Familienmitglied

How many nights?

e.g. every weekend, 1 night a month

Wie viele Nächte?

z.B. jedes Wochenende, 1 Nacht im Monat

When did this start?

Seit wann ist dies der Fall?

Day/Tag	Month/Monat	Year/Jahr
/	/	/

**Other care**

e.g. • temporary care

• spends night(s) with other person not living with you

• respite care

**Sonstige Pflege**

z.B. • zeitweilige Pflege

• Übernachtungen bei nicht in Ihrem Haushalt lebenden Personen

• Entlastungspflege

How many nights?

e.g. every weekend, 1 night a month

Wie viele Nächte?

z.B. jedes Wochenende, 1 Nacht im Monat

When did this start?

Seit wann ist dies der Fall?

Day/Tag	Month/Monat	Year/Jahr
/	/	/

7 Is your partner terminally ill and expected to live for 3 months or less?  
**Ist Ihr/e Partner/in unheilbar krank und hat eine Lebenserwartung von 3 Monaten oder weniger?**

No   
Nein

Yes  Ja

Go to **Question 11** on page 9

*You do not need to complete details about the care provided.*

Bitte weiter mit **Frage 11** auf Seite 9

*Sie brauchen über die Art der erbrachten Pflege keine Angaben machen.*

# About the care provided

## Informationen über die erbrachte Pflege

### Section A—day to day care needs / Abschnitt A—täglicher Pflegebedarf

Please read the instructions below before answering Question 8.

Bitte lesen Sie erst die unten stehenden Anweisungen, ehe Sie Frage 8 beantworten.

#### 8 Does your partner:

For each statement in Question 8, tick the box that best describes how well your partner usually manages.

- Your partner's abilities include what they can do **when using their aids, appliances or special equipment items**.
- Where your partner's disability or condition is only apparent at certain times, the question should be answered for when your partner is **not experiencing an episode or flare-up of the disability/condition**.
- Help* means any physical assistance, guidance or supervision.
- Without help* means your partner starts and finishes activities without assistance or supervision.

#### Trifft Folgendes auf Ihren Partner / Ihre Partnerin zu?

Kreuzen Sie bei jedem Punkt in Frage 8 **das Kästchen an**, das den gewöhnlichen Zustand Ihres Partners / Ihrer Partnerin am besten wiedergibt.

- Zu den Fähigkeiten Ihres Partners / Ihrer Partnerin gehören auch die Fähigkeiten unter Benutzung spezieller Hilfen, Geräte oder Ausrüstungen.
- Tritt die Behinderung bzw. der medizinische Zustand Ihres Partners / Ihrer Partnerin nur zu bestimmten Zeiten zu Tage, sollte die Frage für Zeiten beantwortet werden, in denen Ihr/e Partner/in keine Attacke oder Verschlechterung der Behinderung bzw. des Zustands durchlebt.
- Hilfe* bedeutet jegliche physische Unterstützung, Handreichung oder Überwachung.
- Ohne Hilfe* bedeutet, dass Ihr/e Partner/in Aktivitäten ohne Unterstützung oder Überwachung beginnt und beendet.

<b>a</b> <b>move around the house?</b> may use walking stick, frame, wheelchair etc. <b>Bewegt sich im Haus herum</b> Mit Gehstock oder -rahmen, Rollstuhl etc.	Without help <b>Ohne Hilfe</b>	<input type="checkbox"/> a
	With help of one person <b>Mit Hilfe einer Person</b>	<input type="checkbox"/> b
	With help of two people <b>Mit Hilfe zweier Personen</b>	<input type="checkbox"/> c
	Is confined to bed <b>Bettlägrig</b>	<input type="checkbox"/> d
<b>b</b> <b>fall over indoors or outdoors (or from a wheelchair)?</b> <b>Stürzt im Haus oder außerhalb des Hauses (oder vom Rollstuhl)</b>	Often <b>Häufig</b>	<input type="checkbox"/> a
	Sometimes <b>Manchmal</b>	<input type="checkbox"/> b
	Never <b>Nie</b>	<input type="checkbox"/> c
<b>c</b> <b>move to and from bed, chairs, wheelchair and walking aids?</b> <b>Bewegt sich zu und von Bett, Stühlen, Rollstuhl und Gehhilfen</b>	Without help <b>Ohne Hilfe</b>	<input type="checkbox"/> a
	With some help <b>Mit geringer Hilfe</b>	<input type="checkbox"/> b
	With a lot of help <b>Mit umfassender Hilfe</b>	<input type="checkbox"/> c
	Cannot do this <b>Ist hierzu nicht in der Lage</b>	<input type="checkbox"/> d
<b>d</b> <b>have difficulty hearing others?</b> even with hearing aids <b>Hat Schwierigkeiten Andere zu hören</b> Auch mit Hörgerät	Always <b>Immer</b>	<input type="checkbox"/> a
	Often <b>Häufig</b>	<input type="checkbox"/> b
	Sometimes <b>Manchmal</b>	<input type="checkbox"/> c
	Never <b>Nie</b>	<input type="checkbox"/> d
<b>e</b> <b>have difficulty seeing clearly?</b> even with glasses <b>Hat Schwierigkeiten scharf zu sehen</b> Auch mit Brille	Always <b>Immer</b>	<input type="checkbox"/> a
	Often <b>Häufig</b>	<input type="checkbox"/> b
	Sometimes <b>Manchmal</b>	<input type="checkbox"/> c
	Never <b>Nie</b>	<input type="checkbox"/> d
<b>f</b> <b>need help or attention during the night?</b> <b>Benötigt während der Nacht Hilfe</b>	Always <b>Immer</b>	<input type="checkbox"/> a
	Often <b>Häufig</b>	<input type="checkbox"/> b
	Sometimes <b>Manchmal</b>	<input type="checkbox"/> c
	Never <b>Nie</b>	<input type="checkbox"/> d

(continued) Does your partner:  
**Trifft Folgendes auf Ihren  
Partner / Ihre Partnerin zu  
(Forts.)?**

- |          |  |  |
|----------|--|--|
| <b>g</b> | <b>have loss of bladder and/or bowel control?</b><br>incontinence<br><b>Kontrollverlust über Blase und/oder Darm</b><br>Inkontinenz                                  | Always<br>Immer <input type="checkbox"/> a   |
|          |  | Often<br>Häufig <input type="checkbox"/> b   |
|          |  | Sometimes<br>Manchmal <input type="checkbox"/> c                                   |
|          |  | Never<br>Nie <input type="checkbox"/> d  |
| <hr/>    |  |  |
| <b>h</b> | <b>use continence aids or equipment?</b><br>e.g. colostomy, catheter, pads<br><b>Verwendet Inkontinenzhilfen oder –geräte</b><br>z.B. Kolostomie, Katheter, Einlagen | Without help<br>Ohne Hilfe <input type="checkbox"/> a                              |
|          |  | With some help<br>Mit geringer Hilfe <input type="checkbox"/> b                    |
|          |  | With a lot of help<br>Mit umfassender Hilfe <input type="checkbox"/> c             |
|          |  | Does not use aids<br>Verwendet keine Hilfsmittel <input type="checkbox"/> d        |
| <hr/>    |  |  |
| <b>i</b> | <b>use the toilet?</b><br><b>Geht zur Toilette</b>   | Without help<br>Ohne Hilfe <input type="checkbox"/> a                              |
|          |  | With some help<br>Mit geringer Hilfe <input type="checkbox"/> b                    |
|          |  | With a lot of help<br>Mit umfassender Hilfe <input type="checkbox"/> c             |
|          |  | Cannot use a toilet<br>Kann Toilette nicht<br>verwenden <input type="checkbox"/> d |
| <hr/>    |  |  |
| <b>j</b> | <b>eat their food?</b><br>does not include meal preparation<br><b>Isst</b><br>Schließt Vorbereitung von Mahlzeiten nicht ein   | Without help<br>Ohne Hilfe <input type="checkbox"/> a                              |
|          |  | With some help<br>Mit geringer Hilfe <input type="checkbox"/> b                    |
|          |  | With a lot of help<br>Mit umfassender Hilfe <input type="checkbox"/> c             |
|          |  | Cannot feed themselves<br>Kann nicht selbst essen <input type="checkbox"/> d       |
| <hr/>    |  |  |
| <b>k</b> | <b>shower, bath themselves?</b><br><b>Duscht, badet selbstständig</b>  | Without help<br>Ohne Hilfe <input type="checkbox"/> a                              |
|          |  | With some help<br>Mit geringer Hilfe <input type="checkbox"/> b                    |
|          |  | With a lot of help<br>Mit umfassender Hilfe <input type="checkbox"/> c             |
|          |  | Cannot do this<br>Ist hierzu nicht in der Lage <input type="checkbox"/> d          |
| <hr/>    |  |  |
| <b>l</b> | <b>dress themselves?</b><br>e.g. buttons, zips<br><b>Kleidet sich selbstständig an</b><br>z.B. Knöpfe, Reißverschlüsse etc.  | Without help<br>Ohne Hilfe <input type="checkbox"/> a                              |
|          |  | With some help<br>Mit geringer Hilfe <input type="checkbox"/> b                    |
|          |  | With a lot of help<br>Mit umfassender Hilfe <input type="checkbox"/> c             |
|          |  | Cannot do this<br>Ist hierzu nicht in der Lage <input type="checkbox"/> d          |

(continued) Does your partner:  
**Trifft Folgendes auf Ihren  
Partner / Ihre Partnerin zu  
(Forts.)?**

<b>m</b>	<b>look after their grooming?</b> e.g. shaving, caring for hair, teeth <b>Übernimmt persönliche Pflege selbstständig</b> z.B. Rasieren, Haarpflege, Zahnpflege	Without help Ohne Hilfe <input type="checkbox"/> a
		With some help Mit geringer Hilfe <input type="checkbox"/> b
		With a lot of help Mit umfassender Hilfe <input type="checkbox"/> c
		Cannot do this Ist hierzu nicht in der Lage <input type="checkbox"/> d
<b>n</b>	<b>take care of their own medication?</b> e.g. take the right tablet at the right time <b>Übernimmt Medikation selbstständig</b> nimmt z.B. die richtige Tablette zur richtigen Zeit	Without help Ohne Hilfe <input type="checkbox"/> a
		With some help Mit geringer Hilfe <input type="checkbox"/> b
		With a lot of help Mit umfassender Hilfe <input type="checkbox"/> c
		Cannot do this Ist hierzu nicht in der Lage <input type="checkbox"/> d
		Does not take medication Nimmt keine Medikation <input type="checkbox"/> e
<b>o</b>	<b>take care of their own treatment?</b> e.g. oxygen, wound care, gastric feeding <b>Übernimmt eigene Behandlung selbstständig</b> z.B. Sauerstoff, Wundpflege, Magensondenernährung	Without help Ohne Hilfe <input type="checkbox"/> a
		With some help Mit geringer Hilfe <input type="checkbox"/> b
		With a lot of help Mit umfassender Hilfe <input type="checkbox"/> c
		Cannot do this Ist hierzu nicht in der Lage <input type="checkbox"/> d
		Does not have treatment Steht nicht in Behandlung <input type="checkbox"/> e

**9 Does your partner:**

For each statement in Question 9, tick the box that best describes how well your partner usually manages.

**Trifft Folgendes auf Ihren Partner / Ihre Partnerin zu?**

**Kreuzen Sie** bei jedem Punkt in Frage 9 **das Kästchen an**, das den gewöhnlichen Zustand Ihres Partners / Ihrer Partnerin am besten wiedergibt.

<b>a understand what you, the carer, say?</b> <b>Versteht, was Sie, d.h. die Pflegeperson, sagen</b>	Always Immer	<input type="checkbox"/> a
	Usually Gewöhnlich	<input type="checkbox"/> b
	Sometimes Manchmal	<input type="checkbox"/> c
	Never Nie	<input type="checkbox"/> d
	<hr/>	
	<b>b understand what other people say?</b> <b>Versteht, was andere Personen sagen</b>	Always Immer
Usually Gewöhnlich		<input type="checkbox"/> b
Sometimes Manchmal		<input type="checkbox"/> c
Never Nie		<input type="checkbox"/> d
<hr/>		
<b>c let others know how they feel and what they want?</b> e.g. by speaking, using sign and/or communication aid <b>Teilt Anderen Gefühle und Wünsche mit</b> z.B. durch Worte, Zeichen und/oder Kommunikationshilfe		Always Immer
	Usually Gewöhnlich	<input type="checkbox"/> b
	Sometimes Manchmal	<input type="checkbox"/> c
	Never Nie	<input type="checkbox"/> d
	<hr/>	
	<b>d know where they are?</b> <b>Weiß, wo er/sie ist</b>	Always Immer
Usually Gewöhnlich		<input type="checkbox"/> b
Sometimes Manchmal		<input type="checkbox"/> c
Never Nie		<input type="checkbox"/> d
<hr/>		
<b>e know whether it is morning, afternoon or night?</b> <b>Ist sich der Tageszeit bewusst</b>		Always Immer
	Usually Gewöhnlich	<input type="checkbox"/> b
	Sometimes Manchmal	<input type="checkbox"/> c
	Never Nie	<input type="checkbox"/> d
	<hr/>	
	<b>f remember things that happened today?</b> <b>Erinnert sich an Tagesgeschehnisse</b>	Always Immer
Usually Gewöhnlich		<input type="checkbox"/> b
Sometimes Manchmal		<input type="checkbox"/> c
Never Nie		<input type="checkbox"/> d
<hr/>		

**10 Does your partner:**

For each statement in Question 10, tick the box that best describes how well your partner usually behaves.

**Trifft Folgendes auf Ihren Partner / Ihre Partnerin zu?**

**Kreuzen Sie** bei jedem Punkt in Frage 10 **das Kästchen** an, das das gewöhnliche Verhalten Ihres Partners / Ihrer Partnerin am besten wiedergibt.

<p><b>a wander away or 'run away' from home?</b> <b>Wandert davon oder „läuft von zu Hause weg“</b></p>	Never Nie	<input type="checkbox"/> a	
	Sometimes Manchmal	<input type="checkbox"/> b	
	Often Häufig	<input type="checkbox"/> c	
	<hr/>		
	<p><b>b shout, scream at or threaten, other people?</b> <b>Schreit Andere an oder bedroht sie</b></p>	Never Nie	<input type="checkbox"/> a
		Sometimes Manchmal	<input type="checkbox"/> b
		Often Häufig	<input type="checkbox"/> c
	<hr/>		
<p><b>c physically harm other people?</b> <b>Fügt Anderen körperlichen Schaden zu</b></p>	Never Nie	<input type="checkbox"/> a	
	Sometimes Manchmal	<input type="checkbox"/> b	
	Often Häufig	<input type="checkbox"/> c	
<hr/>			
<p><b>d damage furniture, possessions or objects?</b> <b>Beschädigt Möbel, Gegenstände oder Sachwerte</b></p>	Never Nie	<input type="checkbox"/> a	
	Sometimes Manchmal	<input type="checkbox"/> b	
	Often Häufig	<input type="checkbox"/> c	
<hr/>			
<p><b>e laugh or cry without apparent reason?</b> <b>Lacht oder weint ohne erkennlichen Grund</b></p>	Never Nie	<input type="checkbox"/> a	
	Sometimes Manchmal	<input type="checkbox"/> b	
	Often Häufig	<input type="checkbox"/> c	
<hr/>			
<p><b>f withdraw from contact with other people, or appear depressed, worried or fearful?</b> <b>Zieht sich vom Kontakt mit Anderen zurück oder erscheint deprimiert, besorgt oder ängstlich</b></p>	Never Nie	<input type="checkbox"/> a	
	Sometimes Manchmal	<input type="checkbox"/> b	
	Often Häufig	<input type="checkbox"/> c	
<hr/>			
<p><b>g deliberately harm themselves?</b> e.g. by biting, scratching skin, hitting or banging their head <b>Fügt sich selbst bewusst körperlichen Schaden zu</b> z.B. durch Beißen, Kratzen, Schlagen oder Schlagen des Kopfes gegen die Wand</p>	Never Nie	<input type="checkbox"/> a	
	Sometimes Manchmal	<input type="checkbox"/> b	
	Often Häufig	<input type="checkbox"/> c	
<hr/>			
<p><b>h have unusual, inappropriate or repetitive behaviours?</b> e.g. uncontrolled eating, spinning objects, hand flapping, rocking, calling out or saying the same thing over and over again <b>Zeigt ungewöhnliche, unangemessene oder wiederholte Verhaltensweisen</b> z.B. unkontrolliertes Essen, Drehen von Gegenständen, Wedeln der Hand, Schaukeln, Rufen oder ständiges Wiederholen derselben Worte</p>	Never Nie	<input type="checkbox"/> a	
	Sometimes Manchmal	<input type="checkbox"/> b	
	Often Häufig	<input type="checkbox"/> c	



11 **IMPORTANT INFORMATION**  
**WICHTIGE INFORMATIONEN**

**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.

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)

**Datenschutz und Ihre personenbezogenen Informationen**

Ihre personenbezogenen Informationen sind gesetzlich geschützt (u. a. durch das *Privacy Act 1988*) und werden vom Department of Human Services der australischen Bundesregierung zur Beurteilung und Verwaltung von Zahlungen und Leistungen erhoben.

Diese Informationen sind zur Bearbeitung Ihres Antrags oder Anspruchs erforderlich.

Die Behörde kann Ihre Informationen verwenden oder an Dritte weitergeben, wenn Sie diesem Vorgehen zugestimmt haben oder es gesetzlich erforderlich oder zulässig ist (u. a. für Forschungs- oder Ermittlungszwecke).

Weitere Informationen darüber, wie die Behörde Ihre personenbezogenen Daten verwaltet wird, sowie über unsere Datenschutzrichtlinien erhalten Sie unter [humanservices.gov.au/privacy](http://humanservices.gov.au/privacy)

## Statement Erklärung

- 12 **You must read and sign the following statement.**  
**Die folgende Erklärung muss von Ihnen gelesen und unterschrieben werden.**

**I declare that** to the best of my knowledge the information I have given on this form is correct.

**I understand that** giving false or misleading information is a serious offence.

**Ich erkläre hiermit**, dass die von mir auf diesem Formular gemachten Angaben nach meinem besten Wissen korrekt sind.

**Ich bin mir bewusst**, dass die wissentliche Angabe falscher oder irreführender Informationen eine schwere Gesetzesverletzung darstellt.

**Your signature**  
**Ihre Unterschrift**



Date  
Datum

Day/Tag	Month/Monat	Year/Jahr
/	/	

- 13 **WHAT TO DO NOW**  
**WAS SIE JETZT TUN MÜSSEN**

Please return this completed form and the Health Professional Assessment form with your claim for Australian pension.

Bitte reichen Sie dieses vollständig ausgefüllte Formular und das Formular *Health Professional Assessment* mit Ihrem Antrag auf eine australische Rente ein.

**ENQUIRIES**—Phone the Department of Human Services, International Services on + 61 3 6222 3455 if you need assistance to complete this form.

**AUSKÜNFTE**—Sie können das Department of Human Services, International Services, telefonisch unter + 61 3 6222 3455 erreichen, wenn Sie beim Ausfüllen dieses Formulars Hilfe benötigen.