



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.

Wer sollte dieses Formular ausfüllen?

Dieses Formular sollte von Personen ausgefüllt werden, die Behinderungen, Krankheiten oder Verletzungen haben und eine Zahlung von Centrelink oder eine Rente von einem anderen Land beantragen.

Bitte senden Sie das ausgefüllte Formular **innerhalb von 28 Tagen** nach Erhalt zurück, damit Sie baldmöglichst Hilfe erhalten können.

1 Customer details
Kundenangaben

Centrelink Reference Number (if known) - - -
Centrelink-Referenznummer (sofern bekannt)

Family name
Familiennamen

Maiden name (if applicable)
Mädchenname (falls zutreffend)

Previous married name (if applicable)
Früherer Ehepartnername (falls zutreffend)

Other aliases (if applicable)
Sonstige Pseudonyme (falls zutreffend)

Given name(s)
Vorname/n

Date of birth Day/Tag / Month/Monat / Year/Jahr Male Female Other
Geburtsdatum Männlich Weiblich Sonstiges

Address
Adresse

Postcode
Postleitzahl

Is there a telephone number we can contact you on? No
Nein
Yes ()
Ja

Do you need an interpreter? No
Benötigen Sie einen Dolmetscher? Nein
Yes Preferred language
Ja Welche Sprache bevorzugen Sie?

2 Please list any disabilities, illnesses or injuries that you have
Bitte geben Sie alle Ihre Behinderungen, Krankheiten oder Verletzungen an



CLK0AUS142AT 2407

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

Month/Monat / Year/Jahr

OR/ODER

I have had my disabilities or illnesses since birth
Ich habe diese Behinderungen oder Krankheiten seit meiner Geburt

Seit wann machen diese Behinderungen, Krankheiten oder Verletzungen es Ihnen schwer, vollzeitig zu arbeiten oder zu studieren?

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

No

Nein

Yes

Ja

Please give details

Bitte erläutern Sie

e.g. medication, physical therapy, counselling

Werden Sie wegen dieser Behinderungen, Krankheiten oder Verletzungen behandelt?

z.B. Medikamente, Physiotherapie, Beratung

Empty box for providing details of treatment.

*If you need more space please attach a separate sheet of paper with details.
Wenn Sie mehr Platz brauchen, fügen Sie bitte weitere Seiten bei.*

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

No

Nein

Yes

Ja

Date of last admission

Datum der letzten Einweisung

Day/Tag / Month/Monat / Year/Jahr

Sind Sie jemals wegen dieser Behinderungen, Krankheiten oder Verletzungen im Krankenhaus gewesen?

Name of hospital

Name des Krankenhauses

Empty box for name of hospital.

Duration of stay

Dauer des Aufenthalts

From

Von

To

Bis

Day/Tag / Month/Monat / Year/Jahr

Day/Tag / Month/Monat / Year/Jahr

Reason for admission

e.g. operation, investigation, treatment

Grund für die Einweisung

z.B. Operation, Untersuchung, Behandlung

Empty box for reason for admission.

Number of admissions in the last 5 years

Anzahl der Einweisungen in den letzten 5 Jahren

Empty box for number of admissions.

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

No

Nein

Yes

Ja

Type of operation/procedure

Art der Operation/des Eingriffs

Empty box for type of operation/procedure.

Erwarten Sie, sich künftig einer Operation unterziehen zu müssen?

Expected date (if known)

Voraussichtlicher Operationstermin (falls bekannt)

Day/Tag / Month/Monat / Year/Jahr

Where will operation take place (if known)

Wo wird die Operation stattfinden (falls bekannt)?

Empty box for where operation will take place.

Reason for operation

Grund der Operation

Empty box for reason for operation.

7 How often does your disability, illness or injury make it difficult for you to: Wie oft erschwert die Behinderung, Krankheit oder Verletzung es Ihnen:	no problem	sometimes	often	all the time	Please give further details (if applicable) Bitte geben Sie weitere Einzelheiten an (soweit zutreffend)
	kein Problem	manchmal	oft	immer	
sit zu sitzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
stand zu stehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
walk zu gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
climb stairs Treppen zu steigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
drive a car Auto zu fahren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
use public transport öffentlichen Verkehr zu benutzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
pick up objects Gegenstände aufzuheben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
handle objects Gegenstände handzuhaben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
lift zu heben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
carry zu tragen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
bend sich zu bücken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
operate everyday appliances or machinery alltägliche Geräte oder Maschinen zu bedienen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
read zu lesen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
write zu schreiben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
speak zu sprechen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
hear zu hören	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
concentrate sich zu konzentrieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
remember sich zu erinnern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
interact with others mit Anderen umzugehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
attend work or other appointments zur Arbeit oder anderen Verabredungen zu gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
understand or follow instructions Anweisungen zu verstehen und zu befolgen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
sleep zu schlafen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
breathe zu atmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
manage your personal affairs persönliche Angelegenheiten zu regeln	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
care for yourself* selbst für sich zu sorgen*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
care for others für andere Menschen zu sorgen	<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.

* Wenn jemand Sie vollzeitig pflegt, kann diese Person möglicherweise ein Pflegegeld beanspruchen. Bitte wenden Sie sich an International Services, wenn Sie weitere Einzelheiten benötigen.

8 In a workplace, would your disabilities, illnesses or injuries make it difficult for you to:
Hätten Sie am Arbeitsplatz wegen Ihrer Behinderungen, Krankheiten oder Verletzungen Schwierigkeiten:

Please give further details (if applicable)
Bitte geben Sie weitere Einzelheiten an (soweit zutreffend)

	no nein	sometimes manchmal	often oft	all the time immer	
A interact with others? mit anderen Leuten umzugehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
B maintain appropriate behaviour? sich angemessen zu benehmen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
C cope with work related stress or pressure? arbeitsbedingte Belastungen oder Stress zu ertragen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
D learn new tasks? neue Aufgaben zu erlernen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
E remember how to do tasks? sich zu erinnern, wie man Arbeiten ausführt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
F understand and follow instructions? Anweisungen zu verstehen und zu befolgen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
G concentrate? sich zu konzentrieren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
H persist at tasks without unscheduled breaks? sich einer Aufgabe zu widmen, ohne ungeplante Pausen einzulegen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
I undertake more than one task? mehr als eine Aufgabe auszuführen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
J look after your personal care needs? selbst für Ihre hygienischen Bedürfnisse zu sorgen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
K physically complete tasks? körperlich fähig zu sein, Aufgaben auszuführen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
L move safely around the workplace? sich am Arbeitsplatz ohne Gefahr zu bewegen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
M communicate with others? mit anderen Leuten zu kommunizieren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
N control the use of your language? Ihr sprachliches Ausdrucksvermögen richtig zu beherrschen?	<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.
Welchen Arzt sehen Sie im Allgemeinen bezüglich Ihrer Behinderung/en, Krankheit/en oder Verletzung/en?
 Z. B. Ihren Allgemeinarzt

Name
Name

Address
Adresse

Telephone
Telefon

Do you give permission for us to contact this person?
 Gestatten Sie es uns, mit dieser Person in Kontakt zu treten?

No Yes
 Nein Ja

10 Have any specialists or other doctors treated you for these disabilities, illnesses or injuries?
Wurden Sie bereits von Fachärzten oder anderen Ärzten bezüglich dieser Behinderung/en, Krankheit/en oder Verletzung/en behandelt?

No
 Nein

Yes **1** Name
 Ja Name

Address
Adresse

Telephone
Telefon

Date of last visit
 Datum des letzten Besuchs

Conditions for which you were treated
 Leiden, für das/die Sie behandelt wurden

*If you have specialist reports, please attach copies.
 Bitte legen Sie etwaige Kopien von Facharztberichten bei.*

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
Haben Sie sonstige Personen konsultiert, oder wurden Sie von sonstigen Personen bezüglich Ihrer Behinderung/en, Krankheit/en oder Verletzung/en unterstützt?
 Z. B. • Berater/in
 • Sozialarbeiter/in
 • Gemeindepfleger/in
 • Lehrer/in
 • Psychologe/Psychologin
 • Krankentherapeut/in

No
 Nein

Yes **1** Name
 Ja Name

Profession
Beruf

Address
Adresse

Telephone
Telefon

Do you give permission for us to contact this person?
 Gestatten Sie es uns, mit dieser Person in Kontakt zu treten?

No Yes
 Nein Ja

2 Name
 Name

Profession
Beruf

Address
Adresse

Telephone
Telefon

Do you give permission for us to contact this person?
 Gestatten Sie es uns, mit dieser Person in Kontakt zu treten?

No Yes
 Nein Ja

*If you need more space, please attach a separate sheet of paper with details.
 Wenn Sie mehr Platz brauchen, fügen Sie bitte weitere Seiten bei.*

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

No
Nein

Yes Please give details
Ja Bitte erläutern Sie

Gibt es andere Angaben in Bezug auf Ihre Behinderungen, Krankheiten oder Verletzungen, die Sie uns mitteilen möchten?

*If you need more space, please attach a separate sheet of paper with details.
Wenn Sie mehr Platz brauchen, fügen Sie bitte weitere Seiten bei.*

13 School or full-time education details
Angaben über Schulbildung oder sonstige Ausbildung auf Vollzeitbasis

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

	years old Jahre alt
--	------------------------

Wie alt waren Sie, als Sie die Schule oder Vollzeitausbildung verlassen haben?

Year of leaving school/education
Abschlussjahr

--

What grade/year did you reach?
Welche Klasse/welches Schuljahr haben Sie erreicht?

--

What is the highest educational qualification you obtained?

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

Ihr höchster Ausbildungsstand?

z.B. 10. Schuljahr, Abitur, akademischer Grad

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

No
Nein

Yes Please give details
Ja Bitte erläutern Sie

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

Haben Sie irgendwelche anderen Qualifikationen, Fertigkeiten oder Erfahrung?

Einschliesslich freiwillige Arbeit, Kurse, Handwerk, Lizenzen, Diplome, akademische Qualifikationen

*If you need more space, please attach a separate sheet of paper with details.
Wenn Sie mehr Platz brauchen, fügen Sie bitte weitere Seiten bei.*

**15 Have you ever worked?
Haben Sie jemals gearbeitet?**

No
Nein

Go to **Question 18**
Bitte zur **Frage 18**

Yes
Ja

What date did you last work?
Wann haben Sie zuletzt gearbeitet?

Month/Monat	Year/Jahr
	/

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?

Haben Sie an irgendwelchen Programmen teilgenommen, die Ihnen helfen, Arbeit zu finden oder zu behalten, an Ihren Arbeitsplatz zurückzukehren oder mit Ihrer Verletzung umzugehen, oder die Sie bei der beruflichen Rehabilitation oder dem Erwerb neuer Fertigkeiten, Erfahrungen oder Aus- oder Weiterbildung unterstützen?

No
Nein
Yes
Ja

1 Name of provider
Name des Anbieters
Type of program
Art des Programms
Dates you participated From To
Daten Ihrer Teilnahme Von Bis
Day/Tag Month/Monat Year/Jahr Day/Tag Month/Monat Year/Jahr
/ / / /

2 Name of provider
Name des Anbieters
Type of program
Art des Programms
Dates you participated From To
Daten Ihrer Teilnahme Von Bis
Day/Tag Month/Monat Year/Jahr Day/Tag Month/Monat Year/Jahr
/ / / /

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.
Bitte fügen Sie alle Unterlagen bei, die Einzelheiten Ihrer Teilnahme am Programm enthalten, z. B. Programmbeginn und -ende, Anforderungen des Programms sowie in seinem Rahmen durchgeführte Aktivitäten und deren Dauer.

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

Gibt es irgendeinen Grund, warum Sie in der Zukunft an keiner Rehabilitation oder (Um-)schulung teilnehmen können?

No
Nein
Yes
Ja

Is this because you are about to have other treatment?
Liegt es daran, dass Sie demnächst eine andere Behandlung erhalten werden?

No
Nein
Yes Please give details
Ja Bitte erläutern Sie

If you need more space, please attach a separate sheet of paper with details.
Wenn Sie mehr Platz brauchen, fügen Sie bitte weitere Seiten bei.

Is this drug or alcohol related?
Ist dies in Verbindung mit Drogen oder Alkohol?

No
Nein
Yes
Ja

Is there another reason?
Gibt es einen anderen Grund?

No
Nein
Yes Please give details
Ja Bitte erläutern Sie

If you need more space, please attach a separate sheet of paper with details.
Wenn Sie mehr Platz brauchen, fügen Sie bitte weitere Seiten bei.

20 When do you think you will be able to start part-time or full-time work or study?
Wann werden Sie Ihrer Meinung nach in der Lage sein, eine Erwerbstätigkeit, Aus- oder Weiterbildung in Vollzeit oder Teilzeit aufzunehmen?

now 6–12 months more than 2 years
jetzt in 6–12 Monaten nach mehr als 2 Jahren
within 6 months 12–24 months never
innerhalb von 6 Monaten in 12–24 Monaten nie

21 Did someone help you complete this form?
Hatten Sie Hilfe beim Ausfüllen dieses Formulars?

No Who helped you?
Nein Wer hat Ihnen geholfen?
Yes Name
Ja Name
Address
Adresse
Postcode
Postleitzahl
Telephone
Telefon ()
Do you give permission for us to contact this person? No Yes
Gestatten Sie es uns, mit dieser Person in Kontakt zu treten? Nein Ja

22 IMPORTANT INFORMATION
WICHTIGE INFORMATIONEN

Privacy and your personal information

The privacy and security of your personal information is important to us, and is protected by law. We need to collect this information so we can process and manage your applications and payments, and provide services to you. We only share your information with other parties where you have agreed, or where the law allows or requires it. For more information, go to servicessaustralia.gov.au/privacy

Datenschutz und Ihre personenbezogenen Informationen

Der Schutz und die Sicherheit Ihrer persönlichen Daten sind uns wichtig und auch gesetzlich geschützt. Wir müssen diese Informationen zwecks Antrags- und Zahlungsbearbeitung sowie Bereitstellung von Dienstleistungen an Sie sammeln. Wir geben Ihre Informationen nur dann an andere Parteien weiter, wenn Sie zugestimmt haben oder wenn das Gesetz es erlaubt oder erfordert. Weitere Informationen finden Sie unter servicessaustralia.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.

Ihre Erklärung

Wenn der Kunde/ die Kundin dieses Formular nicht selbst unterschreiben kann, sollte es vom rechtlichen Vertreter unterschrieben und eine Kopie der Vormundschaftspapiere oder der Handlungsvollmacht beigelegt werden.

I declare that:

I understand that:
Ich erkläre, dass:

Ich verstehe, dass:

- the information I have given is correct.
- giving false or misleading information is a serious offence.
- die Angaben, die ich in diesem Formular gemacht habe, der Wahrheit entsprechen.
- die wissentliche Angabe falscher oder irreführender Informationen eine schwere Gesetzesverletzung darstellt.

Your signature
Ihre Unterschrift



Date
Datum

Day/Tag / Month/Monat / Year/Jahr

Return this form to:

**Services Australia
International Services
PO Box 7809
CANBERRA BC ACT 2610
AUSTRALIA**

Senden Sie dieses Formular zurück an:

**Services Australia
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 Services Australia, International Services, PO Box 7809, CANBERRA BC ACT 2610, AUSTRALIA.
- 1 Bitte überprüfen Sie, dass Sie Ihre Erklärung gelesen und unterschrieben haben.
 - 2 Bitte legen Sie alle weiteren Informationen bei, die Ihren Antrag Ihrer Meinung nach unterstützen könnten. Senden Sie dieses Formblatt auch dann rechtzeitig ein, wenn Sie diese Dokumente nicht alle gleich beilegen können. Bitte senden Sie alle weiteren Dokumente baldmöglichst an das Services Australia, International Services, PO Box 7809, CANBERRA BC ACT 2610, AUSTRALIEN.

ENQUIRIES

If you have any questions, please call Services Australia direct (free of charge) on **0800 295 165** (between 8.00 am and 5.00 pm Hobart Time, Monday to Friday).

This service may not be available from all locations in Austria. If this service is not available call Services Australia 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

Bitte wenden Sie sich bei Fragen direkt unter der (gebührenfreien) Nummer **0800 295 165** an das Services Australia. Wir sind montags bis freitags von 8:00 bis 17:00 Uhr Ortszeit (Hobart) erreichbar. Dieser Service ist eventuell nicht von allen Orten in Österreich aus verfügbar.

Ist dieser Service nicht verfügbar, wenden Sie sich bitte unter **(+61 3) 6222 3455** (ausserhalb Australiens) bzw. **131 673** (innerhalb Australiens) an das Services Australia.

Hinweis: Dieser Anruf ist gebührenpflichtig. Anrufe von Mobiltelefonen aus können zu höheren Gebühren abgerechnet werden.