



### 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.

### Qui doit remplir ce formulaire ?

Ce formulaire doit être rempli par toute personne souffrant d'un handicap, d'une maladie ou victime d'un accident, à la recherche d'un emploi et réclamant une indemnité auprès de Centrelink ou déposant une demande de pension auprès d'un autre pays.

Afin de recevoir une aide financière dans les meilleurs délais, veuillez renvoyer le formulaire rempli **dans les 28 jours** après réception.

## 1 Customer details Coordonnées du client

Centrelink Reference Number (if known)  
Référence client Centrelink (si connue)

--	--	--	--

Family name  
Nom de famille

Maiden name (if applicable)  
Nom de jeune fille (le cas échéant)

Previous married name (if applicable)  
Nom d'épouse antérieur  
(le cas échéant)

Other aliases (if applicable)  
Autres noms d'usage  
(le cas échéant)

Given name(s)  
Prénom(s)

Date of birth  
Date de naissance

Day/Jour	Month/Mois	Year/Année
/	/	/

Male  Female  Other   
Homme Femme Autre

Address  
Adresse

Postcode  
Code postal

Is there a telephone number we can contact you on?  
Avez-vous un numéro de téléphone où nous puissions vous contacter ?

No   
Non

Yes  (      )  
Oui

Do you need an interpreter?  
Avez-vous besoin d'un interprète ?

No   
Non

Yes  Preferred language  
Oui Langue préférée

## 2 Please list any disabilities, illnesses or injuries that you have Veuillez énumérer les handicaps, maladies ou accidents dont vous souffrez




CLK0AUS142CHF 2407

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

Month/Mois	/	Year/Année
------------	---	------------

OR/OU

**Quand ces handicaps, maladies ou accidents ont-ils commencé à affecter votre capacité à travailler ou étudier à temps complet ?**

I have had my disabilities or illnesses since birth   
Je souffre de mes handicaps ou maladies depuis la naissance

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

e.g. medication, physical therapy, counselling

**Suivez-vous un traitement pour soigner votre handicap, maladie ou accident ?**

par ex. traitement médical, physiothérapie, conseils psychologiques

No   
Non

Yes   
Oui

Please give details  
Veuillez donner des précisions


*If you need more space please attach a separate sheet of paper with details.  
Si vous avez besoin de plus d'espace, veuillez joindre une feuille séparée pour donner des précisions.*

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

**Avez-vous déjà été hospitalisé à cause de ce handicap, maladie ou accident ?**

No   
Non

Yes   
Oui

Date of last admission  
Date de la dernière admission

Day/Jour	Month/Mois	Year/Année
/	/	/

Name of hospital  
Nom de l'hôpital

--

Duration of stay  
Durée du séjour

From  
De

To  
À

Day/Jour	Month/Mois	Year/Année
/	/	/

Day/Jour	Month/Mois	Year/Année
/	/	/

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

Motif de l'admission  
par ex. opération, examen, soins


Number of admissions in the last 5 years

Nombre d'admissions au cours des 5 dernières années

--

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

**Est-il prévu de vous opérer à l'avenir ?**

No   
Non

Yes   
Oui

Type of operation/procedure  
Type d'opération/intervention


Expected date (if known)  
Date prévue (si connue)

Day/Jour	Month/Mois	Year/Année
/	/	/

Where will operation take place (if known)  
Lieu de l'opération (si connu)


Reason for operation  
Motif de l'opération


7 How often does your disability, illness or injury make it difficult for you to: Dans quelle mesure votre handicap, maladie ou accident vous gênent-ils pour :	no problem aucun problème	sometimes parfois	often souvent	all the time tout le temps	Please give further details (if applicable) Veuillez donner des précisions supplémentaires (le cas échéant)
sit vous asseoir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
stand rester debout	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
walk marcher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
climb stairs monter des escaliers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
drive a car conduire une voiture	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
use public transport utiliser les transports en commun	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
pick up objects ramasser des objets	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
handle objects manipuler des objets	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
lift soulever des charges	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
carry porter des charges	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
bend vous pencher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
operate everyday appliances or machinery faire fonctionner des appareils ménagers ou des machines	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
read lire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
write écrire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
speak parler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
hear entendre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
concentrate vous concentrer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
remember vous souvenir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
interact with others interagir avec autrui	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
attend work or other appointments être présent au travail ou à d'autres rendez-vous	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
understand or follow instructions comprendre ou suivre des instructions	<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 respirer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
manage your personal affairs gérer vos affaires personnelles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
care for yourself* prendre soin de vous-même*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
care for others vous occuper d'autres personnes	<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.

\* Si quelqu'un s'occupe de vous à temps complet, cette personne pourra peut-être avoir droit à l'allocation versée aux auxiliaires de vie. Veuillez contacter International Services pour de plus amples renseignements.

**8** In a workplace, would your disabilities, illnesses or injuries make it difficult for you to:  
**Sur un lieu de travail, votre handicap, maladie ou accident vous gênent-ils pour :**

no sometimes often all the time  
 non parfois souvent tout le temps

**Please give further details (if applicable)**  
**Veillez donner des précisions supplémentaires (le cas échéant)**

<b>A</b>	<b>interact with others? interagir avec autrui ?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>B</b>	<b>maintain appropriate behaviour? adopter un comportement approprié ?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>C</b>	<b>cope with work related stress or pressure? supporter le stress ou la pression liée au travail ?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>D</b>	<b>learn new tasks? apprendre de nouvelles tâches ?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>E</b>	<b>remember how to do tasks? vous rappeler comment effectuer des tâches ?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>F</b>	<b>understand and follow instructions? comprendre et suivre des instructions ?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>G</b>	<b>concentrate? vous concentrer ?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>H</b>	<b>persist at tasks without unscheduled breaks? poursuivre vos tâches sans prendre de pauses non programmées ?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>I</b>	<b>undertake more than one task? effectuer plus d'une tâche ?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>J</b>	<b>look after your personal care needs? assumer les soins personnels dont vous avez besoin ?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>K</b>	<b>physically complete tasks? effectuer des tâches physiquement ?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>L</b>	<b>move safely around the workplace? vous déplacer sans danger sur votre lieu de travail ?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>M</b>	<b>communicate with others? communiquer avec autrui ?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>N</b>	<b>control the use of your language? contrôler votre expression verbale ?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**9 Who is the doctor who you usually see about your disabilities, illnesses or injuries?**  
 e.g. your general practitioner.  
**Quel est le médecin qui suit habituellement votre handicap, maladie ou accident ?**  
 par ex. votre médecin généraliste

Name  
Nom

Address  
Adresse

Telephone  
Téléphone

Do you give permission for us to contact this person?  
 Nous autorisez-vous à contacter cette personne ?

No  Yes   
 Non  Oui

**10 Have any specialists or other doctors treated you for these disabilities, illnesses or injuries?**  
**D'autres spécialistes ou médecins vous ont-ils traité pour ce handicap, maladie ou accident ?**

No   
Non

Yes  **Name**  
 Oui  **Nom**

Address  
Adresse

Telephone  
Téléphone

Date of last visit  
Date de la dernière visite

Conditions for which you were treated  
Affections qui ont fait l'objet de soins

*If you have specialist reports, please attach copies.  
 Si vous possédez des rapports de spécialistes, veuillez en joindre des copies*

**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

Avez-vous consulté quelqu'un d'autre, ou quelqu'un d'autre vous a-t-il aidé à soulager votre handicap, maladie ou accident ?  
 par ex. • un conseiller  
 • un assistant social  
 • un auxiliaire médical  
 • un enseignant  
 • un psychologue  
 • un kinésithérapeute

No   
Non

Yes  **1**

Name  
Nom

Profession  
Profession

Address  
Adresse

Telephone  
Téléphone

Do you give permission for us to contact this person?  
 Nous autorisez-vous à contacter cette personne ?

No  Yes   
 Non  Oui

**2**

Name  
Nom

Profession  
Profession

Address  
Adresse

Telephone  
Téléphone

Do you give permission for us to contact this person?  
 Nous autorisez-vous à contacter cette personne ?

No  Yes   
 Non  Oui

*If you need more space, please attach a separate sheet of paper with details.  
 Si vous avez besoin de plus d'espace, veuillez joindre une feuille séparée pour donner des précisions.*

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

Yes  Please give details  
Oui  Veuillez donner des précisions

**Pensez-vous devoir nous communiquer d'autres renseignements sur votre handicap, maladie ou accident ?**


*If you need more space, please attach a separate sheet of paper with details.  
Si vous avez besoin de plus d'espace, veuillez joindre une feuille séparée pour donner des précisions.*

**13 School or full-time education details**  
**Précisions sur votre scolarité ou études à temps complet**

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

--

 years old  
ans

Quel âge aviez-vous lorsque vous avez quitté l'école ou vos études à plein temps ?

Year of leaving school/education  
Année de fin de scolarité/d'études

--

What grade/year did you reach?  
Quel niveau/degré avez-vous atteint ?

--

What is the highest educational qualification you obtained?

e.g. Year 10 Certificate, Higher School Certificate, Degree  
Quelle est le diplôme la plus élevé que vous ayez obtenu ?  
par ex. certificat d'études, diplôme de maturité, diplôme universitaire


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

Yes  Please give details  
Oui  Veuillez donner des précisions

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

**Avez-vous obtenu d'autres qualifications, compétences ou expérience ?**

Mentionnez aussi tout travail bénévole, stage, carte professionnelle, permis, certificat, diplôme universitaire.


*If you need more space, please attach a separate sheet of paper with details.  
Si vous avez besoin de plus d'espace, veuillez joindre une feuille séparée pour donner des précisions.*

**15 Have you ever worked?**  
No  **Go to Question 18**  
Non  **Passez à la Question 18**

Yes  What date did you last work?  
Oui  Quand avez-vous travaillé pour la dernière fois ?

Month/Mois	Year/Année

 /

**16 What were your last 2 jobs?  
Quels étaient vos deux derniers emplois ?**

<b>Your last job Votre dernier emploi</b>	
Type of job Type de travail	<input type="text"/>
Days worked per week Nombre de jours de travail par semaine	<input type="text"/>
Was this work: Ce travail était-il :	Full-time <input type="checkbox"/> Part-time <input type="checkbox"/> Casual <input type="checkbox"/> A temps complet      A temps partiel      Temporaire
Name of employer Nom de l'employeur	<input type="text"/>
Contact phone number Coordonnées téléphoniques	(      )
Reason for leaving this job (e.g. retirement, resignation, caring for family, medical condition – specify which medical condition) Raisons pour lesquelles vous avez quitté cet emploi (par ex., départ en retraite, démission, raison familiale, raison de santé – précisez la raison de santé)	<input type="text"/>

<b>Your last job Votre avant-dernier emploi</b>	
Type of job Type de travail	<input type="text"/>
Days worked per week Nombre de jours de travail par semaine	<input type="text"/>
Was this work: Ce travail était-il :	Full-time <input type="checkbox"/> Part-time <input type="checkbox"/> Casual <input type="checkbox"/> A temps complet      A temps partiel      Temporaire
Name of employer Nom de l'employeur	<input type="text"/>
Contact phone number Coordonnées téléphoniques	(      )
Reason for leaving this job (e.g. retirement, resignation, caring for family, medical condition – specify which medical condition) Raisons pour lesquelles vous avez quitté cet emploi (par ex., départ en retraite, démission, raison familiale, raison de santé – précisez la raison de santé)	<input type="text"/>

*If you need more space, please attach a separate sheet of paper with details.  
Si vous avez besoin de plus d'espace, veuillez joindre une feuille séparée pour donner des précisions.*

**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?  
Vous a-t-on offert une aide supplémentaire sur votre lieu de travail en raison de votre handicap, maladie ou accident, comme par exemple aménagement de l'espace de travail, horaires de travail réduits, changement des responsabilités, nouvelle formation, etc. ?**

- No   
Non
- Yes  Please give details  
Oui  Veuillez donner des précisions

<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<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.  
Si vous avez besoin de plus d'espace, veuillez joindre une feuille séparée pour donner des précisions.*

**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

Non

Yes

Oui

**Avez-vous participé à des programmes visant à vous aider à trouver un emploi, garder un emploi, retrouver un emploi, gérer votre accident, ou encore vous aider en matière de réinsertion professionnelle, acquisition de nouvelles compétences, stage en entreprise ou formation professionnelle ?**

**1** Name of provider  
Nom du prestataire

Type of program  
Type de programme

Dates you participated From To  
Dates de participation De À

Day/Jour	Month/Mois	Year/Année	Day/Jour	Month/Mois	Year/Année
/	/	/	/	/	/

**2** Name of provider  
Nom du prestataire

Type of program  
Type de programme

Dates you participated From To  
Dates de participation De À

Day/Jour	Month/Mois	Year/Année	Day/Jour	Month/Mois	Year/Année
/	/	/	/	/	/

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.  
Veuillez joindre toute documentation en votre possession détaillant votre participation au programme, ses dates de début et de fin, les exigences du programme, les activités auxquelles vous avez participé dans le cadre du programme et leur durée.

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

No

Non

Yes

Oui

**Y a-t-il une raison qui vous empêcherait de suivre un programme de réhabilitation ou de formation dans le futur ?**

Is this because you are about to have other treatment?  
Est-ce parce que vous êtes sur le point de recevoir d'autres soins ?

No

Non

Yes

Oui

Please give details  
Veuillez donner des précisions

  


---

  


---



If you need more space, please attach a separate sheet of paper with details.  
Si vous avez besoin de plus d'espace, veuillez joindre une feuille séparée pour donner des précisions.

Is this drug or alcohol related?  
Est-ce en rapport avec la consommation de drogues ou d'alcool ?

No

Non

Yes

Oui

Is there another reason?  
Existe-t-il une autre raison ?

No

Non

Yes

Oui

Please give details  
Veuillez donner des précisions

  


---

  


---



If you need more space, please attach a separate sheet of paper with details.  
Si vous avez besoin de plus d'espace, veuillez joindre une feuille séparée pour donner des précisions.



**20 When do you think you will be able to start part-time or full-time work or study?**  
**Quand pensez-vous pouvoir reprendre un travail ou des études à temps partiel ou complet ?**

now  maintenant  6–12 months  dans les 6 à 12 mois  more than 2 years  dans plus de 2 ans   
 within 6 months  dans les 6 mois  12–24 months  dans les 12 à 24 mois  never  jamais

**21 Did someone help you complete this form?**  
**Quelqu'un vous a-t-il aidé pour remplir ce formulaire ?**

No  Non   
 Yes  Who helped you? Qui vous a aidé ?  
 Oui

Name Nom   
 Address Adresse   
 Postcode Code postal   
 Telephone Téléphone (  )

Do you give permission for us to contact this person? No  Yes   
 Nous autorisez-vous à contacter cette personne ? Non  Oui

**22 IMPORTANT INFORMATION**  
**INFORMATIONS IMPORTANTES**

**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 [servicesaustralia.gov.au/privacy](https://servicesaustralia.gov.au/privacy)

**Confidentialité de vos données personnelles**

Nous attachons la plus grande importance à la confidentialité et à la sécurité de vos données personnelles, qui sont également protégées par la loi. Nous devons collecter ces données à des fins de traitement et d'administration de vos demandes et allocations et dans le cadre de la prestation de nos services. Nous ne communiquons vos données à d'autres parties que lorsque vous y avez consenti ou lorsque la loi le permet ou l'exige. Pour de plus amples informations, consultez la page [servicesaustralia.gov.au/privacy](https://servicesaustralia.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.

**Votre déclaration**

Si le client ne peut pas signer ce formulaire, il devra être signé par son représentant légal, et une copie du justificatif de la tutelle ou de la procuration en leur nom devra être jointe.

**I declare that:**  
**I understand that:**  
**Je déclare que :**  
**Je comprends que :**

- the information I have given is correct.
- giving false or misleading information is a serious offence.
- les renseignements que j'ai fournis sont exacts.
- donner des renseignements erronés ou inexacts constitue un délit.

**Your signature**  
**Votre signature**



Date  
 Date

Day/Jour / Month/Mois / Year/Année

**Return this form to:**

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

**Renvoyez ce formulaire à :**

**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 Vérifiez que vous avez bien lu et signé votre déclaration ci-dessus.
  - 2 Joignez tout autre renseignement qui, à votre sens, appuie votre demande. Même si vous ne pouvez pas soumettre immédiatement tous les documents, n'attendez pas pour renvoyer votre formulaire. Transmettez les documents manquants au plus vite à :  
Services Australia, International Services,  
PO Box 7809, CANBERRA BC ACT 2610, AUSTRALIA.

---

**ENQUIRIES**

If you have any questions please call

(+61 3) 6222 3455 (outside Australia)

131 673 (inside Australia)

**Note:** Call charges apply – calls from mobile phones may be charged at a higher rate.

**DEMANDE D'INFORMATIONS**

Pour toute demande d'informations supplémentaires, veuillez appeler le

(+61 3) 6222 3455 (appel hors d'Australie)

131 673 (appel depuis l'Australie)

**N.B. :** Les appels sont facturés. Les appels à partir de téléphones portables peuvent être facturés à un tarif plus élevé.