

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.

Wer sollte dieses Formblatt ausfüllen?

Dieses Formblatt sollte von Personen ausgefüllt werden, die behindert, krank oder verletzt sind, eine Arbeitsstelle suchen und eine Zahlung von Centrelink oder eine Rente aus einem anderen Land beantragen.

Bitte schicken Sie das ausgefüllte Formular **binnen 28 Tagen** nach Erhalt zurück, um sicherzustellen, dass Ihnen die Beihilfe schnellstens zukommen kann.

**1 Customer details
Kunden-Kontaktdetails**

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 Ehepartner (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
Sind Sie telefonisch erreichbar? Yes ()
Ja

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

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



CLK0AUS142CHG 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 leide an diesen Behinderungen bzw. Krankheiten seit meiner Geburt

Seit wann haben diese Behinderungen, Krankheiten bzw. Verletzungen Ihre Fähigkeit zur vollzeitigen Arbeit oder zum Studium beeinträchtigt?

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

No

Nein

Yes

Ja

Please give details

Bitte geben Sie Einzelheiten an

e.g. medication, physical therapy, counselling

Sind Sie wegen Ihrer Behinderungen, Krankheiten bzw. Verletzungen in Behandlung?

z.B. Medikamente, Physiotherapie, fachärztliche Beratung

Form area for providing details of treatment.

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

Name of hospital

Name des Krankenhauses

Form area for hospital name.

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

Form area for reason for admission.

Number of admissions in the last 5 years

Anzahl der Einweisungen in den letzten 5 Jahren

Form area 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

Form area for type of operation/procedure.

Expected date (if known)

Wahrscheinlicher Termin (falls bekannt)

Day/Tag / Month/Monat / Year/Jahr

Where will operation take place (if known)

Wo wird die Operation stattfinden (falls bekannt)?

Form area for where operation will take place.

Reason for operation

Grund der Operation

Form area for reason for operation.

8 In a workplace, would your disabilities, illnesses or injuries make it difficult for you to:
Am Arbeitsplatz, würden Ihre Behinderungen, Krankheiten bzw. Verletzungen Ihnen Schwierigkeiten bereiten, um:

no sometimes often all the time
 nein manchmal oft immer

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

A	interact with others? mit Anderen umzugehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
B	maintain appropriate behaviour? sich ständig angemessen zu benehmen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
C	cope with work related stress or pressure? mit Stress oder Druck im Zusammenhang mit Ihrer Arbeit fertigzuwerden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
D	learn new tasks? neue Aufgaben zu lernen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
E	remember how to do tasks? sich zu erinnern, wie man Aufgaben bewältigt?	<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? nicht bei Aufgaben ohne unvorhergesehene Pausen nachzulassen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
I	undertake more than one task? mehr als eine Aufgabe anzugehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
J	look after your personal care needs? sich selbst zu pflegen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
K	physically complete tasks? körperlich Aufgaben zu erledigen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
L	move safely around the workplace? sich auf dem Arbeitsplatz gefahrlos zu bewegen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
M	communicate with others? sich mit Anderen zu verständigen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
N	control the use of your language? Kontrolle über Ihre sprachliche Ausdrucksweise zu haben?	<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 **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
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 benötigen, fügen Sie bitte weitere Blätter 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 geben Sie Einzelheiten an

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

Form area with horizontal dashed lines for providing details.

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

13 School or full-time education details
Einzelheiten über Schul- oder Vollzeitausbildung

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 die Vollzeitausbildung beendet 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

Form area with horizontal dashed lines for providing details.

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

No
Nein

Yes Please give details
Ja Bitte geben Sie Einzelheiten an

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

Form area with horizontal dashed lines for providing details.

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

15 Have you ever worked?
Haben Sie jemals gearbeitet?

No
Nein

Go to **Question 18**
Bitte weiter mit **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 einen 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 **►**
Ja

Please give details
Bitte geben Sie Einzelheiten an

*If you need more space, please attach a separate sheet of paper with details.
Wenn Sie mehr Platz benötigen, fügen Sie bitte weitere Blätter 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 **►**
Ja

Please give details
Bitte geben Sie Einzelheiten an

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

20 When do you think you will be able to start part-time or full-time work or study? now 6–12 months more than 2 years
 jetzt 6–12 Monaten mehr als 2 Jahren
 within 6 months 12–24 months never
 innerhalb von 6 Monaten 12–24 Monaten nie

Wann werden Sie Ihrer Meinung nach in der Lage sein, eine Erwerbstätigkeit, Aus- oder Weiterbildung in Vollzeit oder Teilzeit aufzunehmen?

21 Did someone help you complete this form? No
 Hatten Sie Hilfe beim Ausfüllen dieses Formblattes? Nein

Yes Who helped you? Yes
 Ja Wer hat Ihnen geholfen? Ja

Name
 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 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 Antragsteller/die Antragstellerin dieses Formblatt nicht unterschreiben kann, sollte es vom rechtlichen Vertreter unterschrieben und eine Kopie der Vormundschaftsurkunde oder der Vollmacht 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 Formblatt 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 Formblatt
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 obige 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, 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.

ANFRAGEN

Bitte wenden Sie sich bei Fragen unter der Nummer

(+61 3) **6222 3455** (ausserhalb Australiens)

131 673 (innerhalb Australiens)

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