

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.

¿Quién debe rellenar este formulario?

Este formulario deberá ser rellenado por una persona afectada por una discapacidad, enfermedad o lesión, que busca trabajo y que solicita algún pago de Centrelink o está tramitando una pensión de otro país.

Para asegurar que reciba asistencia lo más pronto posible, se ruega devolver el formulario rellenado **dentro de 28 días** de haberlo recibido.

1 Customer details
Datos del solicitante

Centrelink Reference Number (if known)
Número de Referencia de Centrelink (si lo sabe) - - -

Family name
Apellidos

Maiden name (if applicable)
Apellido(s) de soltera
(si corresponde)

Previous married name (if applicable)
Apellido(s) de casada anterior
(si corresponde)

Other aliases (if applicable)
Otros alias (si corresponde)

Given name(s)
Nombre(s)

Date of birth
Fecha de nacimiento Day/Día / Month/Mes / Year/Año

Male Female Other
Hombre Mujer Otro

Address
Dirección

Postcode
Código postal

Is there a telephone number we can contact you on? No
No
¿Tiene algún número de teléfono al que podemos llamarle? Yes ()
Sí

Do you need an interpreter? No
No
¿Necesita un intérprete? Yes Preferred language
Sí Idioma preferido

2 Please list any disabilities, illnesses or injuries that you have
Indique todas las discapacidades, enfermedades o lesiones que padezca



CLK0AUS142ES 2407

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

OR/O

¿Cuándo notó que su discapacidad, enfermedad o lesión le impedían trabajar o estudiar con dedicación completa?

I have had my disabilities or illnesses since birth
Mis discapacidades o enfermedades son de nacimiento

4 Are you getting any treatment for your disabilities, illnesses or injuries? No
No

e.g. medication, physical therapy, counselling

¿Está recibiendo tratamiento para sus discapacidades, enfermedades o lesiones?

Por ej. medicamentos, fisioterapia, consejería

Yes Please give details
Sí Consigne los datos aquí

Form area for providing details of treatment.

If you need more space, please attach a separate sheet of paper with details.
Si le falta espacio, adjunte hoja aparte.

5 Have you ever been hospitalised because of these disabilities, illnesses or injuries? No
No

¿Ha sido ingresado/a en el hospital a causa de estas discapacidades, enfermedades o lesiones?

Yes Date of last admission
Sí Fecha del último ingreso

Day/Dia / Month/Mes / Year/Año

Name of hospital
Nombre del hospital

Form area for hospital name.

Duration of stay
Duración del ingreso

From
Del

To
Al

Day/Dia / Month/Mes / Year/Año

Day/Dia / Month/Mes / Year/Año

Reason for admission
e.g. operation, investigation, treatment
Motivo del ingreso por
ej. operación, pruebas,
tratamiento

Form area for reason for admission.

Number of admissions in the last 5 years
Número de ingresos en los últimos 5 años

Form area for number of admissions.

6 Are you expecting to have an operation in the future? No
No

¿Está esperando ser operado/a en el futuro?

Yes Type of operation/procedure
Sí Tipo de
operación/intervención

Form area for type of operation/procedure.

Expected date (if known)
¿En qué fecha? (si se sabe)

Day/Dia / Month/Mes / Year/Año

Where will operation take place (if known)
¿Dónde se hará la operación? (si se sabe)

Form area for location of operation.

Reason for operation
Motivo de la intervención

Form area for reason for operation.

**7 How often does your disability, illness or injury make it difficult for you to:
¿Con qué frecuencia su discapacidad, enfermedad o lesión dificultan las siguientes actividades?:**

no problem sometimes often all the time
ningún problema a veces a menudo siempre

**Please give further details (if applicable)
Dé más datos (si corresponde)**

sit sentarse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
stand pararse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
walk caminar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
climb stairs subir las escaleras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
drive a car conducir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
use public transport usar transporte público	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
pick up objects recoger objetos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
handle objects manipular objetos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
lift levantar pesos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
carry llevar pesos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
bend doblarse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
operate everyday appliances or machinery utilizar aparatos comunes o maquinaria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
read leer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
write escribir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
speak hablar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hear oír	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
concentrate concentrarse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
remember recordar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
interact with others relacionarse con los demás	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
attend work or other appointments acudir al trabajo o a citas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
understand or follow instructions entender o seguir instrucciones	<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 respirar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
manage your personal affairs llevar sus asuntos personales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
care for yourself* cuidar de sí mismo*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
care for others cuidar de otros	<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 necesita los cuidados continuos de alguien, esa persona puede tener derecho a percibir un pago para cuidadores. *Para obtener más información, póngase en contacto con International Services.*

8 In a workplace, would your disabilities, illnesses or injuries make it difficult for you to:		no	sometimes	often	all the time	Please give further details (if applicable) Dé más datos (si corresponde)
En el trabajo, ¿sus discapacidades, enfermedades o lesiones hacen difícil que pueda:		no	a veces	a menudo	siempre	
A	interact with others? relacionarse con los demás?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
B	maintain appropriate behaviour? mantener un comportamiento correcto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
C	cope with work related stress or pressure? enfrentar el estrés o presiones del trabajo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
D	learn new tasks? aprender nuevas tareas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
E	remember how to do tasks? acordarse de cómo llevar a cabo las tareas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
F	understand and follow instructions? entender y seguir las instrucciones?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
G	concentrate? concentrarse?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
H	persist at tasks without unscheduled breaks? seguir esforzándose en las tareas sin interrupciones imprevistas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
I	undertake more than one task? emprender más de una tarea?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
J	look after your personal care needs? atender sus necesidades personales?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
K	physically complete tasks? físicamente completar las tareas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
L	move safely around the workplace? desplazarse sin riesgos en el lugar de trabajo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
M	communicate with others? comunicarse con los demás?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
N	control the use of your language? controlar su lenguaje?	<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.
Datos del médico que consulta generalmente sobre sus discapacidades, enfermedades o lesiones
 p.ej. su médico clínico.

Name / Nombre
 Address / Dirección
 Telephone / Teléfono

Do you give permission for us to contact this person?
 ¿Nos autoriza a comunicarnos con esta persona?

No Yes
 No Sí

10 Have any specialists or other doctors treated you for these disabilities, illnesses or injuries?
¿Ha recibido tratamiento de algún especialista u otro médico para dichas discapacidades, enfermedades o lesiones?

No
 Yes Name / Nombre
 Address / Dirección
 Telephone / Teléfono

Date of last visit / Fecha de la última consulta
 Conditions for which you were treated / Afecciones por las que recibió tratamiento

*If you have specialist reports, please attach copies.
 Si tiene informes de especialistas, adjunte copias.*

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
¿Ha consultado alguna otra persona o alguien lo ha atendido por alguna de sus discapacidades, enfermedades o lesiones?
 p.ej. • consejero
 • asistente social
 • trabajador comunitario de la salud
 • docente
 • psicólogo
 • fisioterapeuta

No
 Yes

1 Name / Nombre
 Profession / Profesión
 Address / Dirección
 Telephone / Teléfono

Do you give permission for us to contact this person?
 ¿Nos autoriza a comunicarnos con esta persona?

No Yes
 No Sí

2 Name / Nombre
 Profession / Profesión
 Address / Dirección
 Telephone / Teléfono

Do you give permission for us to contact this person?
 ¿Nos autoriza a comunicarnos con esta persona?

No Yes
 No Sí

*If you need more space, please attach a separate sheet of paper with details.
 Si le falta espacio, adjunte hoja aparte.*

**16 What were your last 2 jobs?
¿Cuáles fueron sus 2 últimos
puestos de trabajo?**

Your last job Su puesto de trabajo más reciente			
Type of job Puesto de trabajo	<input type="text"/>		
Days worked per week Días de trabajo por semana	<input type="text"/>		
Was this work: Clase de empleo:	Full-time <input type="checkbox"/> Jornada completa	Part-time <input type="checkbox"/> Horario parcial	Casual <input type="checkbox"/> Temporal
Name of employer Nombre de la empresa	<input type="text"/>		
Contact phone number Teléfono	<input type="text"/>		
Reason for leaving this job (e.g. retirement, resignation, caring for family, medical condition – specify which medical condition) Motivo por el cual dejó este puesto (por ej. jubilación, renuncia, ocuparse de su familia, dolencia – especifique el tipo de dolencia)	<input type="text"/>		

Your 2nd last job Su penúltimo puesto de trabajo			
Type of job Puesto de trabajo	<input type="text"/>		
Days worked per week Días de trabajo por semana	<input type="text"/>		
Was this work: Clase de empleo:	Full-time <input type="checkbox"/> Jornada completa	Part-time <input type="checkbox"/> Horario parcial	Casual <input type="checkbox"/> Temporal
Name of employer Nombre de la empresa	<input type="text"/>		
Contact phone number Teléfono	<input type="text"/>		
Reason for leaving this job (e.g. retirement, resignation, caring for family, medical condition – specify which medical condition) Motivo por el cual dejó este puesto (por ej. jubilación, renuncia, ocuparse de su familia, dolencia – especifique el tipo de dolencia)	<input type="text"/>		

*If you need more space, please attach a separate sheet of paper with details.
Si le falta espacio, adjunte hoja aparte.*

**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?
¿Ha recibido o le han ofrecido apoyo extra en el lugar de trabajo debido a su discapacidad, enfermedad o lesión, como por ej. modificación del entorno, reducción de las horas de trabajo, responsabilidades alternativas, reorientación profesional, etc.?**

- No
No
- Yes Please give details
Sí Consigne los datos aquí

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

*If you need more space, please attach a separate sheet of paper with details.
Si le falta espacio, adjunte hoja aparte.*

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

No

Yes

Sí

¿Ha participado en algún programa de ayuda para encontrar trabajo, mantener un empleo, regresar al trabajo, manejar sus lesiones o de ayuda para la rehabilitación profesional, obtener nuevas capacidades, experiencia laboral o formación?

1 Name of provider
 Nombre del proveedor
 Type of program
 Tipo de programa
 Dates you participated From To
 Fechas de participación Del Al
Day/Día / Month/Mes / Year/Año

2 Name of provider
 Nombre del proveedor
 Type of program
 Tipo de programa
 Dates you participated From To
 Fechas de participación Del Al
Day/Día / Month/Mes / Year/Año

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.

Adjunte toda documentación que dé datos de su participación en el programa, incluso fechas de inicio y finalización del programa, requisitos del programa, actividades que usted realizó durante el programa y por cuánto tiempo.

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

No

No

Yes

Sí

¿Existe alguna causa que le impida en el futuro participar en algún programa de rehabilitación o capacitación laboral?

Is this because you are about to have other treatment?
 ¿Es esto debido a que está por recibir otro tratamiento?

No

No

Yes

Sí

Please give details
 Consigne los datos aquí

.....

.....

.....

*If you need more space, please attach a separate sheet of paper with details.
 Si le falta espacio, adjunte hoja aparte.*

Is this drug or alcohol related?
 ¿Se debe a problemas con el alcohol o las drogas?

No

No

Yes

Sí

Is there another reason?
 ¿Existe algún otro motivo?

No

No

Yes

Sí

Please give details
 Consigne los datos aquí

.....

.....

*If you need more space, please attach a separate sheet of paper with details.
 Si le falta espacio, adjunte hoja aparte.*

20 When do you think you will be able to start part-time or full-time work or study?
¿Cuándo piensa que podrá iniciar el trabajo o estudio con dedicación parcial o completa?

now
ahora

6–12 months
6–12 meses

more than 2 years
más de 2 años

within 6 months
en 6 meses

12–24 months
12–24 meses

never
nunca

21 Did someone help you complete this form?
¿Le ayudó alguien a cumplimentar este formulario?

No
No

Yes Who helped you?
Sí ¿Quién le ayudó?

Name

Nombre

Address

Dirección

Postcode
Código postal

Telephone

Teléfono

Do you give permission for us to contact this person?
¿Nos autoriza a comunicarnos con esta persona?

No
No

Yes
Sí

22 IMPORTANT INFORMATION
INFORMACIÓN IMPORTANTE

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

La privacidad y su información personal

La privacidad y seguridad de su información personal son importantes para nosotros, y están protegidas por la ley. Necesitamos recabar esta información para tramitar y gestionar sus solicitudes y pagos, y proporcionarle servicios. Solamente divulgaremos su información a otras partes cuando usted lo haya autorizado, o cuando así lo permita o exija la ley. Para obtener mayor información consulte 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.

Declaración

En caso de que el/la solicitante no pudiera firmar este formulario, deberá hacerlo su representante legal, adjuntando una copia de la tutela o del poder notarial que corresponda.

I declare that:

I understand that:

Declaro que:

Comprendo que:

Your signature

Firma

Date

Fecha

- the information I have given is correct.
- giving false or misleading information is a serious offence.
- la información que he dado es correcta.
- proporcionar información falsa o engañosa constituye un delito grave.



Day/Día / Month/Mes / Year/Año

Return this form to:

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

Enviar por correo a:

**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 Compruebe que haya leído y firmado la declaración de más arriba.
 - 2 Adjunte toda la información que estime necesaria para respaldar su solicitud. Envíe el formulario cuanto antes, sin esperar a tener toda la documentación lista. Envíe los demás documentos cuanto antes a: Services Australia, International Services, PO Box 7809, CANBERRA BC ACT 2610, AUSTRALIA.

ENQUIRIES

If you have any questions, please call Services Australia direct (free of charge) on **900 951 547** (between 8.00 am and 5.00 pm Hobart Time, Monday to Friday).

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

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.

PREGUNTAS

Si tiene alguna pregunta, llame directamente (llamada gratuita) al Services Australia al **900 951 547** (de lunes a viernes, entre las 0800 y las 1700 horas del horario de Hobart).

Tal vez este servicio no esté disponible en todas las zonas de España.

Si el servicio no estuviera disponible llame al Services Australia al (+61 3) **6222 3455** (desde fuera de Australia) o al **131 673** (desde Australia).

Nota: Estas llamadas se cobran. Las llamadas desde teléfonos celulares se pueden cobrar a una tarifa más elevada.