

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

Month/Mese	/	Year/Anno
------------	---	-----------

OR/OPPURE

I have had my disabilities or illnesses since birth
Sono affetto da tali disabilità o malattie sin dalla nascita

Quando tali disabilità, malattie e infortuni hanno iniziato a rendere difficile lavorare o studiare a tempo pieno?

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

No
No

Yes Please give details
Sì Fornisca i particolari

e.g. medication, physical therapy, counselling

Riceve terapie per le Sue disabilità, malattie e infortuni?

es. farmaci, fisioterapia, consulenza psicologica

*If you need more space, please attach a separate sheet of paper with details.
Se Le serve più spazio, alleggi un foglio a parte con i particolari.*

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

No
No

Yes Date of last admission
Sì Data dell'ultimo ricovero

Day/Giorno	Month/Mese	Year/Anno
/	/	/

È mai stato ricoverato in ospedale a causa di tali disabilità, malattie o infortuni?

Name of hospital
Nome dell'ospedale

--

Duration of stay
Durata della degenza

From
Dal

To
Al

Day/Giorno	Month/Mese	Year/Anno
/	/	/

Day/Giorno	Month/Mese	Year/Anno
/	/	/

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

Motivo per il ricovero
es. intervento chirurgico, accertamenti, terapie

Number of admissions in the last 5 years
Numero di ricoveri negli ultimi 5 anni

--

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

No
No

Yes Type of operation/procedure
Sì Tipo di operazione/intervento

Prevede di sottoporsi ad intervento chirurgico in futuro?

Expected date (if known)
Data prevista (se nota)

Day/Giorno	Month/Mese	Year/Anno
/	/	/

Where will operation take place (if known)
Dove verrà effettuata l'operazione (se noto)

Reason for operation
Motivi per l'operazione

7 How often does your disability, illness or injury make it difficult for you to: Con quale frequenza la sua disabilità, malattia o infortunio Le rendono difficile:	no problem nessun problema	sometimes a volte	often spesso	all the time sempre	Please give further details (if applicable) Fornisca maggiori particolari (se del caso)
sit sedersi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
stand alzarsi in piedi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
walk camminare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
climb stairs salire le scale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
drive a car guidare un veicolo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
use public transport usare i mezzi pubblici	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
pick up objects raccogliere oggetti da terra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
handle objects maneggiare oggetti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
lift sollevare pesi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
carry portare pesi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
bend piegarsi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
operate everyday appliances or machinery azionare utensili o macchinari di uso giornaliero	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
read leggere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
write scrivere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
speak parlare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
hear sentire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
concentrate concentrarsi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
remember ricordare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
interact with others interagire con altri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
attend work or other appointments recarsi al lavoro o ad appuntamenti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
understand or follow instructions capire e seguire istruzioni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
sleep dormire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
breathe respirare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
manage your personal affairs occuparsi dei Suoi affari personali	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
care for yourself* prenderci cura di sé*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
care for others prenderci cura di altri	<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.*

* Se una qualche persona La assiste a tempo pieno, tale persona potrebbe avere diritto ad un sussidio per accompagnatori. *Può rivolgersi agli International Services se Le servono maggiori particolari.*

8 In a workplace, would your disabilities, illnesses or injuries make it difficult for you to:

In un ambiente di lavoro, le Sue disabilità, malattie o infortuni Le renderebbero difficile:

	no no	sometimes a volte	often spesso	all the time sempre	Please give further details (if applicable) Fornisca maggiori particolari (se del caso)
A interact with others? interagire con altri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
B maintain appropriate behaviour? tenere un comportamento adeguato	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
C cope with work related stress or pressure? sostenere stress e pressioni legate al lavoro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
D learn new tasks? apprendere nuove mansioni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
E remember how to do tasks? ricordare come svolgere varie mansioni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
F understand and follow instructions? comprendere e seguire istruzioni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
G concentrate? concentrarsi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
H persist at tasks without unscheduled breaks? continuare a svolgere mansioni senza interruzioni impreviste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
I undertake more than one task? intraprendere più mansioni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
J look after your personal care needs? prendersi cura di sé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
K physically complete tasks? completare fisicamente varie mansioni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
L move safely around the workplace? spostarsi sicuramente sul posto di lavoro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
M communicate with others? comunicare con altri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
N control the use of your language? controllare l'uso della lingua	<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.
Chi è il medico da cui si fa solitamente visitare in merito alla Sue invalidità, malattie o infortuni?
 es. il medico di famiglia.

Name
Nome

Address
Indirizzo

Telephone
Tel.

Do you give permission for us to contact this person?
 Lei ci dà il permesso di contattare tale persona?

No Yes
 No Sí

10 Have any specialists or other doctors treated you for these disabilities, illnesses or injuries?
Vi sono stati specialisti o altri medici che l'hanno avuto/a in cura per tali invalidità, malattie o infortuni?

No
 No

Yes **Name**
 Sí **Nome**

Address
Indirizzo

Telephone
Tel.

Date of last visit
 Data dell'ultima visita

Conditions for which you were treated
 Disturbi per i quali è stato/a in cura

*If you have specialist reports, please attach copies.
 Se ha referti di specialisti, ne alleggi copia.*

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
Vi sono altre persone cui Lei si è rivolto/a o che l'hanno assistito/a in merito alle Sue invalidità, malattie o infortuni?
 es. • psicoterapeuta
 • assistente sociale
 • operatore sociosanitario
 • insegnante
 • psicologo
 • fisioterapista

No
 No

Yes **1**

Name
Nome

Profession
Profesión

Address
Indirizzo

Telephone
Tel.

Do you give permission for us to contact this person?
 Lei ci dà il permesso di contattare tale persona?

No Yes
 No Sí

2

Name
Nome

Profession
Profesión

Address
Indirizzo

Telephone
Tel.

Do you give permission for us to contact this person?
 Lei ci dà il permesso di contattare tale persona?

No Yes
 No Sí

*If you need more space, please attach a separate sheet of paper with details.
 Se Le serve più spazio, alleggi un foglio a parte con i particolari.*

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

Vi sono altre informazioni di cui Lei ritiene dovremmo essere a conoscenza in merito alle Sue disabilità, malattie o infortuni?

No

No

Yes

Sì

Please give details
Fornisca i particolari

*If you need more space, please attach a separate sheet of paper with details.
Se Le serve più spazio, alleggi un foglio a parte con i particolari.*

13 School or full-time education details
Particolari di studi scolastici o istruzione a tempo pieno

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

years old
Età

Quanti anni aveva quando ha lasciato la scuola o l'istruzione a tempo pieno?

Year of leaving school/education

Anno in cui ha abbandonato la scuola/gli studi

What grade/year did you reach?

Quale classe aveva raggiunto?

What is the highest educational qualification you obtained?

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

Qual è il titolo di studio più alto da Lei conseguito? es. diploma della scuola dell'obbligo, maturità, laurea

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

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

Ha conseguito altri titoli, qualifiche o esperienze professionali?

Includa lavoro di volontariato, corsi, abilitazioni professionali, licenze, diplomi, titoli universitari.

No

No

Yes

Sì

Please give details
Fornisca i particolari

*If you need more space, please attach a separate sheet of paper with details.
Se Le serve più spazio, alleggi un foglio a parte con i particolari.*

15 Have you ever worked?
Ha mai lavorato?

No

No

Yes

Sì

Go to **Question 18**
Vada alla **Domanda 18**

What date did you last work?
In quale data ha cessato l'attività lavorativa?

Month/Mese / Year/Anno

**16 What were your last 2 jobs?
Quali sono stati gli ultimi 2 lavori
da Lei svolti?**

Your last job L'ultimo lavoro da Lei svolto			
Type of job Tipo di lavoro	<input type="text"/>		
Days worked per week Giorni di lavoro alla settimana	<input type="text"/>		
Was this work: Tale lavoro era:	Full-time <input type="checkbox"/> A tempo pieno	Part-time <input type="checkbox"/> Part-time	Casual <input type="checkbox"/> Precario
Name of employer Nome del datore di lavoro	<input type="text"/>		
Contact phone number Tel.	<input type="text"/>		
Reason for leaving this job (e.g. retirement, resignation, caring for family, medical condition – specify which medical condition) Motivi per aver rinunciato a tale lavoro (es. pensionamento, dimissioni, incombenze familiari, disturbo medico – indicare quale disturbo)	<input type="text"/>		

Your 2nd last job Il penultimo lavoro da Lei svolto			
Type of job Tipo di lavoro	<input type="text"/>		
Days worked per week Giorni di lavoro alla settimana	<input type="text"/>		
Was this work: Tale lavoro era:	Full-time <input type="checkbox"/> A tempo pieno	Part-time <input type="checkbox"/> Part-time	Casual <input type="checkbox"/> Precario
Name of employer Nome del datore di lavoro	<input type="text"/>		
Contact phone number Tel.	<input type="text"/>		
Reason for leaving this job (e.g. retirement, resignation, caring for family, medical condition – specify which medical condition) Motivi per aver rinunciato a tale lavoro (es. pensionamento, dimissioni, incombenze familiari, disturbo medico – indicare quale disturbo)	<input type="text"/>		

*If you need more space, please attach a separate sheet of paper with details.
Se Le serve più spazio, allegli un foglio a parte con i particolari.*

**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?
Le è stato prestato o offerto un supplemento di supporto sul lavoro a causa della Sua disabilità, malattia o infortunio, ad esempio modifica dell'ambiente di lavoro, orario lavorativo ridotto, mansioni alternative, riqualificazione professionale, ecc.?**

- No
No
- Yes Please give details
Sì Fornisca i particolari

<input type="text"/>

*If you need more space, please attach a separate sheet of paper with details.
Se Le serve più spazio, allegli un foglio a parte con i particolari.*

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

Sì

Lei ha partecipato a programmi intesi ad aiutarLa a trovare un lavoro, conservare il posto di lavoro, rientrare al lavoro, gestire il Suo infortunio o aiutarla a seguire iniziative di riabilitazione professionale, acquisire nuove competenze, fare esperienza sul lavoro o seguire iniziative di formazione?

1	Name of provider Nome dell'ente erogatore	<input type="text"/>	
	Type of program Tipo di programma	<input type="text"/>	
	Dates you participated Date in cui Lei ha partecipato	From Dal	To Al
		Day/Giorno / Month/Mese / Year/Anno	Day/Giorno / Month/Mese / Year/Anno

2	Name of provider Nome dell'ente erogatore	<input type="text"/>	
	Type of program Tipo di programma	<input type="text"/>	
	Dates you participated Date in cui Lei ha partecipato	From Dal	To Al
		Day/Giorno / Month/Mese / Year/Anno	Day/Giorno / Month/Mese / Year/Anno

*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.
Alleggi eventuale documentazione in Suo possesso che fornisca i particolari della Sua partecipazione al programma, tra cui la data di inizio e di conclusione del programma, i requisiti del programma, quali attività ha intrapreso durante il programma e per quanto tempo.*

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

No

No

Yes

Sì

Vi è un motivo per cui Lei non potrebbe seguire in futuro un programma di riabilitazione o di formazione professionale?

Is this because you are about to have other treatment?
È perché sta per sottoporsi ad altre terapie?

No

No

Yes

Sì

Please give details
Fornisca i particolari

*If you need more space, please attach a separate sheet of paper with details.
Se Le serve più spazio, alleggi un foglio a parte con i particolari.*

Is this drug or alcohol related?

Tali interventi sono correlati a dipendenza da droghe o alcol?

No

No

Yes

Sì

Is there another reason?

Vi sono altri motivi?

No

No

Yes

Sì

Please give details
Fornisca i particolari

*If you need more space, please attach a separate sheet of paper with details.
Se Le serve più spazio, alleggi un foglio a parte con i particolari.*

- 20** When do you think you will be able to start part-time or full-time work or study?
Quando pensa che Lei sarà in grado di intraprendere lavoro o studio part-time o a tempo pieno?
- | | | | | | |
|---------------------------------|--------------------------|----------------------------|--------------------------|------------------------------------|--------------------------|
| now
ora | <input type="checkbox"/> | 6–12 months
6–12 mesi | <input type="checkbox"/> | more than 2 years
più di 2 anni | <input type="checkbox"/> |
| within 6 months
entro 6 mesi | <input type="checkbox"/> | 12–24 months
12–24 mesi | <input type="checkbox"/> | never
mai | <input type="checkbox"/> |

- 21** Did someone help you complete this form?
L'ha aiutata qualcuno a compilare il presente modulo?
- No
No
- Yes Who helped you?
Sì Chi L'ha assistita
- Name
Nome
- Address
Indirizzo
- Postcode
CAP
- Telephone
Tel. ()
- Do you give permission for us to contact this person?
Lei ci dà il permesso di contattare tale persona? No Yes
No Sì

22 IMPORTANT INFORMATION
IMPORTANTI INFORMAZIONI

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 privacy e i dati personali che La riguardano

La riservatezza e la sicurezza dei Suoi dati personali sono importanti per noi e sono protette ai sensi di legge. Dobbiamo raccogliere tali dati in modo da poter evadere e gestire le Sue domande e le Sue prestazioni pecuniarie e prestarLe i nostri servizi. Noi condividiamo i Suoi dati con altre parti previo il Suo consenso o dove la legge lo consente o lo richiede. Per maggiori informazioni, visiti il sito 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.

Dichiarazione

Se l'utente non è in grado di firmare il presente modulo, si prega di farlo firmare dal suo rappresentante legale e di allegare copia dell'atto di nomina del tutore o del curatore o della procura.

**I declare that:
I understand that:**

- the information I have given is correct.
- giving false or misleading information is a serious offence.

Io sottoscritto dichiaro che:

- i dati da me forniti sono corretti.
- il fornire informazioni false o ingannevoli costituisce un grave illecito.

Sono consapevole del fatto che:

**Your signature
Firma**



**Date
Data**

Day/Giorno / Month/Mese / Year/Anno
/ /

Return this form to:

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

Spedisci questo modulo 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 Verifici di avere letto e firmato la Sua dichiarazione di cui sopra.
 - 2 Alleghi eventuali supplementi di documentazione che Lei ritiene possano favorire la Sua domanda. Anche se non è in grado di fornire subito tutta la documentazione, non rimandi l'invio del presente modulo. Faccia pervenire eventuale documentazione mancante quanto prima al 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 **800 781 977** (between 8.00 am and 5.00 pm Hobart Time, Monday to Friday).

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

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

Se desidera chiarimenti, telefoni al Services Australia direttamente (chiamata gratuita) al numero **800 781 977** (tra le ore 8 e 17 orario di Hobart, dal lunedì al venerdì).

Questo servizio potrebbe non essere disponibile da tutte le località in Italia.

Se questo servizio non fosse disponibile, chiami il Services Australia al numero (+61 3) **6222 3455** (da fuori l'Australia) o al numero **131 673** (in Australia).

N.B.: Vigono tariffe di chiamata – le chiamate da cellulari potrebbero essere soggette a tariffe superiori.