

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.

Quem deve preencher este formulário?

Este formulário deve ser preenchido por pessoas com incapacidade, doença ou lesão e que estejam a requerer um pagamento do Centrelink ou requerer uma pensão de outro país.

Por favor devolva o formulário preenchido **no prazo de 28 dias** após o ter recebido, para garantir que recebe assistência o mais breve possível.

1 Customer details
Dados do cliente

Centrelink Reference Number (if known)
Número de Referência de Cliente (se conhecido) - - -

Family name
Apelido(s)

Maiden name (if applicable)
Nome de solteira (se aplicável)

Previous married name (if applicable)
Prévio nome de casada
(se aplicável)

Other aliases (if applicable)
Outros nomes pelos quais é ou
foi conhecido/a (se aplicável)

Given name(s)
Nome(s) próprio(s)

Date of birth
Data de nascimento Day/Dia / Month/Mês / Year/Ano Male Female Other
Masculino Feminino Outro

Address
Endereço

Postcode
Código Postal

Is there a telephone number
we can contact you on? No
Não
Tem um número de telefone
para o podermos contactar? Yes ()
Sim

Do you need an interpreter?
Precisa de intérprete? No
Não
Yes Preferred language
Sim Língua preferida

**2 Please list any disabilities,
illnesses or injuries that you have**
**Por favor indique quaisquer
incapacidades, doenças ou
ferimentos que tenha**



CLK0AUS142PT 2407

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

Month/Mês	Year/Ano
/	

OR/OU

I have had my disabilities or illnesses since birth
A(s) minha(s) incapacidade(s), doença(s) ou lesões são de nascença

Quando é que estas incapacidades, doenças ou ferimentos começaram a dificultar o seu trabalho ou estudo a tempo inteiro?

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

No

Não

Yes

Sim

Please give details

Por favor forneça pormenores

e.g. medication, physical therapy, counselling

Você está recebendo tratamento por quaisquer incapacidades, doenças ou lesões?

Ex, medicação, fisioterapia, aconselhamento

*If you need more space, please attach a separate sheet of paper with details.
Se precisar de fornecer mais informações, anexe uma folha separada.*

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

No

Não

Yes

Sim

Date of last admission

Data do último internamento num hospital

Day/Dia	Month/Mês	Year/Ano
/	/	

Name of hospital

Nome do hospital

--

Duration of stay

Duração da estadia no hospital

From

De

To

A

Day/Dia	Month/Mês	Year/Ano
/	/	

Day/Dia	Month/Mês	Year/Ano
/	/	

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

Motivo do internamento no hospital ex. operação, investigação, tratamento

Number of admissions in the last 5 years

Número de internamentos nos últimos 5 anos

--

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

No

Não

Yes

Sim

Type of operation/procedure

Tipo de operação/procedimento

Expected date (if known)

Data prevista (se sabe)

Day/Dia	Month/Mês	Year/Ano
/	/	

Where will operation take place (if known)

Onde será realizada a operação (se souber)

Reason for operation

Razões para a operação

**7 How often does your disability, illness or injury make it difficult for you to:
Com que frequência a sua incapacidade, doença ou lesão dificulta as seguintes posições?**

	no problem sem problemas	sometimes às vezes	often frequentemente	all the time sempre	Please give further details (if applicable) Forneça mais pormenores (se for aplicável)
sit sentar-se	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
stand levantar-se	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
walk andar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
climb stairs subir escadas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
drive a car conduzir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
use public transport usar transportes públicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
pick up objects levantar objectos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
handle objects manusear objectos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
lift levantar objectos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
carry carregar objectos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
bend curvar-se	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
operate everyday appliances or machinery operar aparelhos ou máquinas de uso diário	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
read ler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
write escrever	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
speak falar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
hear ouvir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
concentrate concentrar-se	<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 interagir com outras pessoas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
attend work or other appointments comparecer ao trabalho ou a outras consultas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
understand or follow instructions compreender ou seguir instruções	<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 gerir os seus assuntos pessoais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
care for yourself* cuidar de si*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
care for others cuidar de outras pessoas	<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 alguém estiver a cuidar de si a tempo inteiro, essa pessoa pode ter direito a receber um pagamento de prestador de cuidados. *Por favor contacte os Serviços Internacionais se necessitar mais pormenores.*

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) Forneça mais pormenores (se for aplicável)
No local de trabalho, suas incapacidades, doenças ou lesões dificultariam para:		não	às vezes	frequentemente	sempre	
A	interact with others? Interagir com outros?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
B	maintain appropriate behaviour? manter comportamento apropriado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
C	cope with work related stress or pressure? lidar com stress ou pressões de trabalho?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
D	learn new tasks? aprender novas tarefas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
E	remember how to do tasks? lembrar-se de fazer as tarefas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
F	understand and follow instructions? entender e seguir instruções?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
G	concentrate? concentrar-se?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
H	persist at tasks without unscheduled breaks? persistir nas tarefas sem intervalos programados?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
I	undertake more than one task? fazer mais de uma tarefa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
J	look after your personal care needs? cuidar de suas necessidades pessoais?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
K	physically complete tasks? completar fisicamente as tarefas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
L	move safely around the workplace? mover-se com segurança pelo local de trabalho?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
M	communicate with others? comunicar-se com os outros?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
N	control the use of your language? controlar o uso da sua linguagem?	<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.
Quem é o/a médico/a que normalmente consulta sobre a sua incapacidade, doença ou lesão?
 e.g. o seu médico de clínica geral.

Name
Nome

Address
Endereço

Telephone
Telefone

Do you give permission for us to contact this person?
Autoriza que contactemos esta pessoa?

No Yes
 Não Sim

10 Have any specialists or other doctors treated you for these disabilities, illnesses or injuries?
Esta incapacidade, doença ou lesão foi tratada por qualquer outro especialista ou médico?

No
 Não

Yes Name
 Sim Nome

Address
Endereço

Telephone
Telefone

Date of last visit
Data da última consulta

Conditions for which you were treated
Condições para as quais recebeu tratamento

If you have specialist reports, please attach copies.
 Se possui relatórios de especialistas, por favor anexe cópias.

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
Consultou ou recebeu assistência de qualquer outra pessoa em relação à sua incapacidade, doença ou lesão?
 e.g. • conselheiro
 • trabalhador social
 • trabalhador de saúde comunitária
 • professor
 • psicólogo
 • fisioterapeuta

No
 Não

Yes **1** Name
 Sim Nome

Profession
Profissão

Address
Endereço

Telephone
Telefone

Do you give permission for us to contact this person?
Autoriza que contactemos esta pessoa?

No Yes
 Não Sim

2 Name
Nome

Profession
Profissão

Address
Endereço

Telephone
Telefone

Do you give permission for us to contact this person?
Autoriza que contactemos esta pessoa?

No Yes
 Não Sim

If you need more space, please attach a separate sheet of paper with details.
 Se precisar de fornecer mais informações, anexe uma folha separada.

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

No

Não

Yes

Sim

Please give details

Por favor forneça pormenores

Há mais alguma informação sobre as suas incapacidades, doenças ou lesões que pense ser relevante para o nosso serviço?

*If you need more space, please attach a separate sheet of paper with details.
Se precisar de fornecer mais informações, anexe uma folha separada.*

13 School or full-time education details

Pormenores de escola ou educação a tempo inteiro

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

Que idade tinha quando saiu da escola ou quando deixou de estudar a tempo inteiro?

	years old idade
--	--------------------

Year of leaving school/education

Ano em que saiu da escola ou parou de estudar

--

What grade/year did you reach?

Que classe ou ano alcançou?

--

What is the highest educational qualification you obtained?

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

Qual foi o grau de habilitações literárias mais elevado que alcançou?

Por ex.: Certificado do 10o. Ano de Escolaridade, Certificado do 12o. Ano de Escolaridade, Licenciatura

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

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

Obteve quaisquer outras habilitações, competências, ou experiência profissional?

Inclua coisas como: trabalho voluntário, cursos, carteiras profissionais, licenças, diplomas, cursos superiores.

No

Não

Yes

Sim

Please give details

Por favor forneça pormenores

*If you need more space, please attach a separate sheet of paper with details.
Se precisar de fornecer mais informações, anexe uma folha separada.*

15 Have you ever worked?

Alguma vez trabalhou?

No

Não

Yes

Sim

Go to **Question 18**

Siga para a **Pergunta 18**

What date did you last work?

Quando trabalhou pela última vez?

Month/Mês	Year/Ano

**16 What were your last 2 jobs?
Quais foram os seus 2 últimos empregos?**

Your last job O seu último emprego	
Type of job Tipo de trabalho	<input type="text"/>
Days worked per week Número de dias que trabalhou por semana	<input type="text"/>
Was this work: Este trabalho era:	Full-time <input type="checkbox"/> Part-time <input type="checkbox"/> Casual <input type="checkbox"/> A tempo inteiro A tempo parcial Casual
Name of employer Nome do empregador	<input type="text"/>
Contact phone number Número de telefone para contacto	(<input type="text"/>)
Reason for leaving this job (e.g. retirement, resignation, caring for family, medical condition – specify which medical condition) Razão pela qual deixou este emprego (por exemplo, reforma, demissão, cuidar da família, condição de saúde – especifique qual a condição de saúde)	<input type="text"/> ----- <input type="text"/> ----- <input type="text"/>

Your 2nd last job O seu penúltimo emprego	
Type of job Tipo de trabalho	<input type="text"/>
Days worked per week Número de dias que trabalhou por semana	<input type="text"/>
Was this work: Este trabalho era:	Full-time <input type="checkbox"/> Part-time <input type="checkbox"/> Casual <input type="checkbox"/> A tempo inteiro A tempo parcial Casual
Name of employer Nome do empregador	<input type="text"/>
Contact phone number Número de telefone para contacto	(<input type="text"/>)
Reason for leaving this job (e.g. retirement, resignation, caring for family, medical condition – specify which medical condition) Razão pela qual deixou este emprego (por exemplo, reforma, demissão, cuidar da família, condição de saúde – especifique qual a condição de saúde)	<input type="text"/> ----- <input type="text"/> ----- <input type="text"/>

*If you need more space, please attach a separate sheet of paper with details.
Se precisar de fornecer mais informações, anexe uma folha separada.*

**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?
Foi-lhe dado ou oferecido apoio extra no seu local de trabalho por causa da sua incapacidade, doença ou lesão, tal como modificação do seu ambiente, horas de trabalho reduzidas, tarefas alternativas, nova formação, etc.?**

- No
Não
- Yes Please give details
Sim Por favor forneça pormenores

<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.
Se precisar de fornecer mais informações, anexe uma folha separada.*

- 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?
Participou em quaisquer programas para o/a ajudar a encontrar trabalho, permanecer num emprego, voltar ao trabalho, gerir a sua lesão ou para o/a ajudar com reabilitação profissional, obter novas aptidões, experiência de trabalho ou formação?

No

Não

Yes

Sim

1 Name of provider
 Nome do fornecedor

Type of program
 Tipo de programa

Dates you participated From To
 Datas em que De A
 Day/Dia / Month/Mês / Year/Ano Day/Dia / Month/Mês / Year/Ano

2 Name of provider
 Nome do fornecedor

Type of program
 Tipo de programa

Dates you participated From To
 Datas em que De A
 Day/Dia / Month/Mês / Year/Ano Day/Dia / Month/Mês / Year/Ano

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.

Junte qualquer documentação que possua e que forneça pormenores sobre a sua participação no programa, incluindo informação sobre quando o programa começou e terminou, os requisitos do programa, em que actividades participou enquanto no programa e durante quanto tempo.

- 19** Is there any reason why you could not do a rehabilitation or training program in the future?
Há algum motivo que impeça a sua participação num programa de reabilitação ou de formação profissional no futuro?

No

Não

Yes

Sim

Is this because you are about to have other treatment?
 Isto deve-se a que está prestes a receber outro tratamento?

No

Não

Yes

Sim

Please give details
 Por favor forneça pormenores

If you need more space, please attach a separate sheet of paper with details.
 Se precisar de fornecer mais informações, anexe uma folha separada.

Is this drug or alcohol related?
 O tratamento está relacionado com droga ou bebidas alcoólicas?

No

Não

Yes

Sim

Is there another reason?
 Há mais algum motivo?

No

Não

Yes

Sim

Please give details
 Por favor forneça pormenores

If you need more space, please attach a separate sheet of paper with details.
 Se precisar de fornecer mais informações, anexe uma folha separada.

20 When do you think you will be able to start part-time or full-time work or study?
Quando pensa poder começar a trabalhar ou estudar a tempo parcial ou a tempo inteiro?

now
agora

6–12 months
6–12 meses

more than 2 years
mais de 2 anos

within 6 months
dentro de 6 meses

12–24 months
12–24 meses

never
nunca

21 Did someone help you complete this form?
Precisou de ajuda para preencher este formulário?

No
Não

Yes Who helped you?
Sim Quem o ajudou?

Name

Nome

Address

Endereço

Telephone

Telefone

Do you give permission for us to contact this person?

Autoriza que contactemos esta pessoa?

No

Não

Yes

Sim

22 IMPORTANT INFORMATION
INFORMAÇÕES 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

A privacidade e as suas informações pessoais

A privacidade e segurança das suas informações pessoais são importantes para nós, e estão protegidas pela lei. Precisamos recolher esta informação de modo a poder processar e gerir os seus requerimentos e pagamentos, e para lhe fornecer serviços. Apenas partilhamos as suas informações com outras partes quando tenha dado o seu acordo, ou quando a lei o permita ou exija. Para mais informações visite 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.

A sua declaração

Se o cliente não puder assinar este formulário, ele deverá ser assinado pelo seu representante legal e uma cópia da sua procuração ou autorização de tutela deverá ser anexada.

I declare that:

I understand that:

Declaro que:

Compreendo que:

- the information I have given is correct.
- giving false or misleading information is a serious offence.
- as informações que prestei neste formulário são correctas.
- fornecer informação falsa ou enganosa é uma ofensa séria.

Your signature

Assinatura

Date

Data



Day/Dia	Month/Mês	Year/Ano
/	/	/

Return this form to:

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

Envie este formulário preenchido para:

**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 Certifique-se que leu e assinou a declaração que prestou mais acima.
 - 2 Anexe quaisquer outras informações adicionais que pense poderem reforçar o seu requerimento. Se não puder fornecer todos os documentos imediatamente, não atrase o envio do seu formulário. Assim que possível, envie os restantes documentos para o 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 **800 861 122** (between 8.00 am and 5.00 pm Hobart Time, Monday to Friday).

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

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.

INFORMAÇÕES

Se tiver quaisquer dúvidas, por favor telefone directamente para o Services Australia (grátis) através do **800 861 122** (entre as 8.00 e as 17.00 horas, hora de Hobart, de segunda-feira a sexta-feira).

Este serviço pode não estar disponível de todas as localidades em Portugal.

Se este serviço não estiver disponível telefone para o Services Australia através do **(+61 3) 6222 3455** (de fora da Austrália) ou do **131 673** (de dentro da Austrália).

Note: Tarifas de chamada são aplicáveis – chamadas efectuadas a partir de telemóveis poderão ser cobradas a tarifas mais elevadas.