

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.

Bu formu kim doldurmalıdır?

Bu form, bir sakatlık veya hastalığı olan ya da incinmiş olup iş aramakta olan ve bir Centrelink ödeneği için başvuruyor veya başka bir ülkeden emeklilik ödeneği talep ediyor olan kişilerce doldurulmalıdır.

Mümkün olan en erken tarihte yardım görmeyi sağlamak için, lütfen doldurulmuş formu aldığınız günü izleyen **28 gün içinde** iade ediniz.

1 Customer details
Müşteri bilgileri

Centrelink Reference Number (if known)
Centrelink Referans Numarası (eğer biliyorsa) [] - [] - [] - []

Family name
Soyadı []

Maiden name (if applicable)
Kızlık soyadı (eğer mevcutsa) []

Previous married name (if applicable)
Bir önceki evliliğindeki soyadı
(eğer mevcutsa) []

Other aliases (if applicable)
Diğer isimler (eğer mevcutsa) []

Given name(s)
Adı []

Date of birth
Doğum tarihi Day/Gün / Month/Ay / Year/Yıl / Male Erkek / Female Kadın / Other Diğer

Address
Adresi []
Postcode
Posta Kodu

Is there a telephone number we can contact you on?
Sizinle ilişkiye geçebileceğimiz bir telefon numarası var mı?
No Hayır
Yes Evet ()

Do you need an interpreter?
Tercümana ihtiyacınız var mı?
No Hayır
Yes Evet Preferred language
Tercih ettiğiniz dil []

2 Please list any disabilities, illnesses or injuries that you have
Sizde olan hastalıkları, sakatlıkları veya incinmeleri lütfen sıralayınız

[]
[]
[]
[]



CLK0AUS142TR 2407

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

Month/Ay / Year/Yıl

OR/VEYA

I have had my disabilities or illnesses since birth
Hastalıklarım/sakatlıklarım doğuştandır

Bu hastalıklar/sakatlıklar/ incinmeler ne zaman sizin tamgün çalışmanız veya eğitim görmeniz için güçlük yaratmaya başladı?

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

No

Hayır

Yes

Evet

Please give details

Lütfen ayrıntılı bilgi veriniz

e.g. medication, physical therapy, counselling

Sakatlıklarınız, hastalıklarınız veya incinmeleriniz için herhangi bir tedavi görüyor musunuz?

Örneğin, ilaçlar, fizik tedavi, danışmanlık servisi

If you need more space, please attach a separate sheet of paper with details.

Daha fazla yere ihtiyacınız varsa lütfen ayrı bir tabaka kağıt ekleyiniz.

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

No

Hayır

Yes

Evet

Date of last admission

En son yatış tarihiniz

Day/Gün / Month/Ay / Year/Yıl

Bu hastalıklar/sakatlıklar/ incinmeler nedeniyle hiç hastaneye yattınız mı?

Name of hospital

Hastanenin adı

--

Duration of stay

Yatma süreniz

From
'den/dan

To
'e/a

Day/Gün / Month/Ay / Year/Yıl

Day/Gün / Month/Ay / Year/Yıl

Reason for admission

e.g. operation, investigation, treatment

Hastaneye yatma nedeniniz;
örneğin ameliyat, araştırma, tedavi

Number of admissions in the last 5 years

Son 5 yıl içinde kaç kez yattınız

--

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

No

Hayır

Yes

Evet

Type of operation/procedure

Ameliyatın/işlemin türü

Expected date (if known)

Olası tarih (biliniyorsa)

Day/Gün / Month/Ay / Year/Yıl

Where will operation take place (if known)

Ameliyatın nerede yapılacağı (biliniyorsa)

Reason for operation

Ameliyatın sebebi

7 How often does your disability, illness or injury make it difficult for you to:
Hastalıklarınız, sakatlıklarınız veya incinmeleriniz şunlar için ne sıklıkta size güçlük yaratıyor:

	no problem sorun yok	sometimes bazen	often sık sık	all the time her zaman	Please give further details (if applicable) Eğer uygunsuzsa daha fazla bilgi veriniz
sit oturma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
stand ayakta durma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
walk yürüme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
climb stairs merdiven çıkmak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
drive a car araba sürme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
use public transport kamu ulaştırma araçlarını kullanma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
pick up objects nesneleri yerden almak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
handle objects nesneleri elinde tutmak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
lift kaldırma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
carry taşıma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
bend eğilme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
operate everyday appliances or machinery günlük araçları veya makineleri kullanma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
read okuma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
write yazma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
speak konuşma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
hear işitme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
concentrate dikkati toplama	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
remember anımsama	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
interact with others başkalarıyla karşılıklı etkileşim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
attend work or other appointments işe veya diğer randevulara gitme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
understand or follow instructions talimatları anlama ve izleme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
sleep uyuma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
breathe nefes alma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
manage your personal affairs kişisel işlerinizi yerine getirme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
care for yourself* kendi kendinize bakma*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
care for others başkalarına bakma	<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.

* Eğer bir kişi tam-gün size bakıyorsa, bakıcı ödeneğine hakkı olabilir. Daha fazla ayrıntıya ihtiyacınız olursa lütfen Uluslararası Hizmetler (International Services) ile temasa geçiniz.

8

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

Sakatlık, hastalık veya incinmeleriniz bir işyerinde aşağıdakileri yapmanıza zorluk çıkarır mı?

no sometimes often all the time
hayır bazen sık sık her zaman

Please give further details (if applicable)
Eğer uygunsa daha fazla bilgi veriniz

A	interact with others? başkalarıyla karşılıklı ilişki halinde olma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
B	maintain appropriate behaviour? uygun olan davranışı sürdürme?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
C	cope with work related stress or pressure? işle ilgili stres ve baskı ile başa çıkabilme?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
D	learn new tasks? işle ilgili yeni görevleri öğrenebilme?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
E	remember how to do tasks? işle ilgili görevlerin nasıl yapıldığını anımsama?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
F	understand and follow instructions? direktifleri anlama ve yerine getirme?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
G	concentrate? konsantre olma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
H	persist at tasks without unscheduled breaks? plan dışı molalar almadan işle ilgili görevleri yapmaya devam etme?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
I	undertake more than one task? işle ilgili birden fazla görevi üstlenme?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
J	look after your personal care needs? kişisel bakım ihtiyaçlarınızı karşılayabilme?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
K	physically complete tasks? işle ilgili görevleri bedenen bitirme?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
L	move safely around the workplace? işyerinde emin bir şekilde hareket etme?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
M	communicate with others? başkaları ile haberleşme?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
N	control the use of your language? söylediklerinizi kontrol edebilme?	<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.
Engeliniz, hastalık ve incinmenizle ilgili olarak genel olarak hangi doktoru görüyorsunuz?
örneğin, aile doktorunuz.

Name
Adı

Address
Adresi

Postcode
Posta Kodu

Telephone
Telefonu

Do you give permission for us to contact this person?
Bu kişiyle temas kurmamız için bize yetki veriyor musunuz?

No Yes
Hayır Evet

10 Have any specialists or other doctors treated you for these disabilities, illnesses or injuries?
Yukarıda belirtilen engeliniz, hastalık ve incinmenizle ilgili olarak uzman doktor veya başka doktorlar tarafından tedavi gördünüz mü?

No
Hayır

Yes Name
Evet Adı

Address
Adresi

Postcode
Posta Kodu

Telephone
Telefonu

Date of last visit
Son ziyaret tarihi

Conditions for which you were treated
Tedavi gördüğünüz sorunlarınız

Day/Gün / Month/Ay / Year/Yıl

*If you have specialist reports, please attach copies.
Uzman doktor raporlarınız varsa, lütfen bunları ilâştıriniz.*

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
Engeliniz, hastalık ve incinmenizle ilgili olarak başvurduğunuz ya da bu konularda size yardımcı olan başka kimse var mı?
örnek,
• danışman
• sosyal görevli
• toplum sağlık görevlisi
• öğretmen
• psikolog
• fizyoterapist

No
Hayır

Yes **1** Name
Evet Adı

Profession
Mesleği

Address
Adresi

Postcode
Posta Kodu

Telephone
Telefonu

Do you give permission for us to contact this person?
Bu kişiyle temas kurmamız için bize yetki veriyor musunuz?

No Yes
Hayır Evet

2 Name
Adı

Profession
Mesleği

Address
Adresi

Postcode
Posta Kodu

Telephone
Telefonu

Do you give permission for us to contact this person?
Bu kişiyle temas kurmamız için bize yetki veriyor musunuz?

No Yes
Hayır Evet

*If you need more space, please attach a separate sheet of paper with details.
Daha fazla yere ihtiyacınız varsa lütfen ayrı bir tabaka kağıt ekleyiniz.*

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

No
Hayır

Yes Please give details
Evet Lütfen ayrıntılı bilgi veriniz

Hastalıklarınız/sakatlıklarınız/ incinmeleriniz hakkında bilmemiz gerektiğini hissettiğiniz başka bir bilgi var mı?

*If you need more space, please attach a separate sheet of paper with details.
Daha fazla yere ihtiyacınız varsa lütfen ayrı bir tabaka kağıt ekleyiniz.*

13 School or full-time education details
Okul veya tam-gün eğitim detayları

How old were you when you left school or full-time education?
Okulu veya tam-gün eğitimi bıraktığınızda kaç yaşındaydınız?

--

Year of leaving school/education
Okulu/eğitimi bıraktığınız yıl

--

What grade/year did you reach?
Hangi sınıfa/yıla kadar okudunuz?

--

What is the highest educational qualification you obtained?
e.g. Year 10 Certificate, Higher School Certificate, Degree

Sahip olduğunuz en yüksek eğitim düzeyi nedir?
Örneğin: Ortaokul Diploması, Lise Diploması, Üniversite Diploması

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

No
Hayır

Yes Please give details
Evet Lütfen ayrıntılı bilgi veriniz

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

Başka bir nitelik, beceri veya deneyim edindiniz mi?

Gönüllü çalışmaları, kursları, meslek sertifikalarını, ehliyetleri, diplomaları, yüksek eğitim niteliklerini dahil ediniz.

*If you need more space, please attach a separate sheet of paper with details.
Daha fazla yere ihtiyacınız varsa lütfen ayrı bir tabaka kağıt ekleyiniz.*

15 Have you ever worked?
Hiç çalıştınız mı?

No
Hayır

Go to **Question 18**
18. soruya geçiniz

Yes
Evet

What date did you last work?
En son hangi tarihte çalıştınız?

Month/Ay	/	Year/Yıl
----------	---	----------

**16 What were your last 2 jobs?
Son olarak yaptığınız 2 işiniz nelerdi?**

Your last job En son işiniz			
Type of job İşin türü			
Days worked per week Her hafta çalıştığınız günlerin sayısı			
Was this work: Bu iş şunlardan hangisi idi:	Full-time <input type="checkbox"/> Tam-gün	Part-time <input type="checkbox"/> Yarım-gün	Casual <input type="checkbox"/> Geçici
Name of employer İşverenin adı			
Contact phone number Telefon numarası	()		
Reason for leaving this job (e.g. retirement, resignation, caring for family, medical condition – specify which medical condition) Bu işten ayrılma sebebiniz (örneğin emeklilik, istifa, aileye bakmak, sağlık problemleri – hangi sağlık problemi olduğunun ayrıntılarını belirtin)			

Your 2nd last job Sondan 2nci işiniz			
Type of job İşin türü			
Days worked per week Her hafta çalıştığınız günlerin sayısı			
Was this work: Bu iş şunlardan hangisi idi:	Full-time <input type="checkbox"/> Tam-gün	Part-time <input type="checkbox"/> Yarım-gün	Casual <input type="checkbox"/> Geçici
Name of employer İşverenin adı			
Contact phone number Telefon numarası	()		
Reason for leaving this job (e.g. retirement, resignation, caring for family, medical condition – specify which medical condition) Bu işten ayrılma sebebiniz (örneğin emeklilik, istifa, aileye bakmak, sağlık problemleri – hangi sağlık problemi olduğunun ayrıntılarını belirtin)			

*If you need more space, please attach a separate sheet of paper with details.
Daha fazla yere ihtiyacınız varsa lütfen ayrı bir tabaka kağıt ekleyiniz.*

**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?
Engeliniz, rahatsızlığınız veya incinmeniz nedeniyle etrafınızın düzenlenmesi, azaltılmış çalışma saatleri, alternatif görevler, yeniden eğitim vs gibi nedenlerle işyerinizden ek destek aldınız mı veya size teklif edildi mi?**

No
Hayır

Yes Please give details
Evet Lütfen ayrıntılı bilgi veriniz

*If you need more space, please attach a separate sheet of paper with details.
Daha fazla yere ihtiyacınız varsa lütfen ayrı bir tabaka kağıt ekleyiniz.*

- 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?
İş bulmanıza yardımcı olmak, işte kalmak, işe dönmek, sakatlığınızla başa çıkmak veya mesleki rehabilitasyonla yardım almak veya yeni beceriler edinmek amacıyla iş tecrübesi ya da eğitim amaçlı herhangi bir programa katıldınız mı?

No

Hayır

Yes

Evet

1	Name of provider Kurumun adı	<input type="text"/>
	Type of program Programın türü	<input type="text"/>
	Dates you participated Katılım tarihleri	From 'den/dan To 'e/a Day/Gün / Month/Ay / Year/Yıl Day/Gün / Month/Ay / Year/Yıl

2	Name of provider Kurumun adı	<input type="text"/>
	Type of program Programın türü	<input type="text"/>
	Dates you participated Katılım tarihleri	From 'den/dan To 'e/a Day/Gün / Month/Ay / Year/Yıl Day/Gün / Month/Ay / Year/Yıl

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.

Bu programa katılım bilgilerinizi gösteren herhangi bir belgeyi lütfen ilişikte gönderiniz, ki bu bilgilere programın başlangıç ve bitişi, gerektirdikleri, programdayken ne tarz etkinlikler yaptığınız ve ne kadar sürdüğü de dahildir.

- 19** Is there any reason why you could not do a rehabilitation or training program in the future?
Gelecekte bir rehabilitasyon veya meslek eğitimi programına katılamamanızın herhangi bir nedeni var mı?

No

Hayır

Yes

Evet

Is this because you are about to have other treatment?
Bunun nedeni yeni bir tedaviye başlamak üzere olmanız mıdır?

No

Hayır

Yes

Evet

Please give details
Lütfen ayrıntılı bilgi veriniz

<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.
Daha fazla yere ihtiyacınız varsa lütfen ayrı bir tabaka kağıt ekleyiniz.

Is this drug or alcohol related?
Bunun uyuşturucu veya alkole bir ilişkisi var mı?

No

Hayır

Yes

Evet

Is there another reason?
Başka bir neden mi var?

No

Hayır

Yes

Evet

Please give details
Lütfen ayrıntılı bilgi veriniz

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

If you need more space, please attach a separate sheet of paper with details.
Daha fazla yere ihtiyacınız varsa lütfen ayrı bir tabaka kağıt ekleyiniz.

20 When do you think you will be able to start part-time or full-time work or study?
Ne zaman yarım günlük veya tam zamanlı bir işe veya öğrenime dönebileceğinizi düşünüyorsunuz?

now 6–12 months more than 2 years
şimdi 6–12 ay arasında 2 yıldan fazla
within 6 months 12–24 months never
6 ay içinde 12–24 ay arasında Hiç

21 Did someone help you complete this form?
Bu formu doldurmanızda birisi size yardım etti mi?

No
Hayır

Yes Who helped you?
Evet Size kim yardım etti?

Name
Adı

Address
Adresi

Postcode
Posta Kodu

Telephone
Telefonu

Do you give permission for us to contact this person?
Bu kişiyle temas kurmamız için bize yetki veriyor musunuz?

No Yes
Hayır Evet

22 IMPORTANT INFORMATION ÖNEMLİ BİLGİLER

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

Gizlilik ve kişisel bilgileriniz

Kişisel bilgilerinizin gizliliği ve güvenliği bizim için önemlidir ve yasa tarafından korunur. Başvurularınızı ve ödemelerinizi işleme koymak ve gereğini yapmak için ve size hizmet vermek için bu bilgileri almamız gerekir. Bilgilerinizi sadece sizin de kabul ettiğiniz veya yasanın izin verdiği ya da gerektirdiği diğer taraflarla paylaşıyoruz. Daha fazla bilgi için servicesaustralia.gov.au/privacy sitesine girin.

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.

İfadeniz

Müşteri bu formu imzalayamıyorsa, yasal temsilcisi tarafından imzalanmalı ve veliliğinin veya vekaletinin bir kopyası eklenmelidir.

I declare that:

I understand that:

Beyan ederim ki:
Kabul ediyorum ki:

- the information I have given is correct.
- giving false or misleading information is a serious offence.
- verdiğim bilgiler doğrudur.
- yanlış veya yanıltıcı bilgi vermek ciddi bir suçtur.

Your signature
İmzanız

Date
Tarih

Return this form to:

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

Bu formu řu adrese gönderiniz:

**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 Yukardaki ifadeyi okuyup imzaladığınızdan emin olunuz.
 - 2 Başvurunuzu destekleyeceğini hissettiğiniz herhangi bir bilgiyi ekleyiniz. Tüm belgeleri hemen sağlayamıyorsanız, formunuzu göndermeyi geciktirmeyin. Lütfen geri kalan herhangi bir belgeyi mümkün olan en kısa zamanda Services Australia, International Services, PO Box 7809, CANBERRA BC ACT 2610, AUSTRALIA adresine gönderiniz.

ENQUIRIES

If you have any questions, please call Services Australia direct (free of charge) on **00800 6190 5703** (between 8.00 am and 5.00 pm Hobart Time, Monday to Friday).

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

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.

DAHA FAZLA BİLGİ

Eğer herhangi bir sorunuz olursa lütfen Department of Human Services'i **00800 6190 5703** numaralı (ücretsiz) direk telefondan (Pazartesi'den Cuma'ya Hobart Saati ile sabah 8.00 ve akşam 5.00 saatleri arasında) arayınız.

Bu hizmet Türkiye'nin her yerinde olmayabilir.

Eğer bu hizmet mevcut değilse, Department of Human Services'i (Avustralya dışındaysanız) (+61 3) **6222 3455** numaralı telefondan veya (Avustralya içindeyseniz) **131 673** numaradan arayınız.

Not: Aramalar ücrete tabidir. Cep telefonlarından yapılan aramalar daha yüksek bir tarifeye tabi olabilir.