

Assessment for Carer Payment

Leistungsanspruchsprüfung für die Zahlung von Pflegegeld

From the information you provide on this form, Services Australia, International Services will assess your eligibility for Carer Payment. You are also required to have a health professional complete the Health Professional Assessment form.

Please answer all questions.

Services Australia, International Services, beurteilt auf der Grundlage der Informationen, die Sie auf diesem Formular angeben, Ihren Anspruch auf Carer Payment (Pflegegeld). Sie müssen des Weiteren eine Fachkraft aus dem Gesundheitswesen das Formular Health Professional Assessment (Gutachten einer Fachkraft aus dem Gesundheitswesen) ausfüllen lassen.

Bitte beantworten Sie alle Fragen.

1 Your details Ihre Personalien

Title (e.g. Mr, Mrs, Ms, Dr) Anrede (z.B. Herr, Frau, Dr.)	<input type="text"/>						
Family name Familiennamen	<input type="text"/>						
First given name Erster Vorname	<input type="text"/>						
Other given name(s) Weitere/r Vorname/n	<input type="text"/>						
Date of birth Geburtsdatum	<table border="1"> <tr> <td>Day/Tag</td> <td>Month/Monat</td> <td>Year/Jahr</td> </tr> <tr> <td>/</td> <td>/</td> <td>/</td> </tr> </table>	Day/Tag	Month/Monat	Year/Jahr	/	/	/
Day/Tag	Month/Monat	Year/Jahr					
/	/	/					
Contact phone number Telefonisch zu erreichen unter	(<input type="text"/>) <input type="text"/>						

About your partner Informationen über Ihren Partner / Ihre Partnerin

2 Your partner's details Personalien Ihres Partners / Ihrer Partnerin

Title (e.g. Mr, Mrs, Ms, Dr) Anrede (z.B. Herr, Frau, Dr.)	<input type="text"/>						
Family name Familiennamen	<input type="text"/>						
First given name Erster Vorname	<input type="text"/>						
Other given name(s) Weitere/r Vorname/n	<input type="text"/>						
Date of birth Geburtsdatum	<table border="1"> <tr> <td>Day/Tag</td> <td>Month/Monat</td> <td>Year/Jahr</td> </tr> <tr> <td>/</td> <td>/</td> <td>/</td> </tr> </table>	Day/Tag	Month/Monat	Year/Jahr	/	/	/
Day/Tag	Month/Monat	Year/Jahr					
/	/	/					

3 What is your partner's main disability/medical condition(s) for which they require care? Was ist die wichtigste Behinderung oder der wichtigste medizinische Zustand, für die bzw. den Ihr/e Partner/in Pflege braucht?

List condition(s) Bitte nennen Sie die Behinderung bzw. den Zustand / die Zustände	<input type="text"/>
	<input type="text"/>
	<input type="text"/>
	<input type="text"/>



CLK0AUS156AT 2010

4 Do you personally provide care for your partner on a daily basis because of the disability/medical condition?
Erbringen Sie persönlich die tägliche Pflege aufgrund der Behinderung bzw. des medizinischen Zustands?

No
Nein

Yes ▶
Ja

Date care started (due to the disability/medical condition)
Datum des Pflegebeginns (aufgrund der Behinderung / des medizinischen Zustands)

Day/Tag	Month/Monat	Year/Jahr
/	/	/

5 Is your partner currently in hospital?
Befindet sich Ihr/e Partner/in derzeit in einem Krankenhaus?

No
Nein

Yes ▶
Ja

Date of hospitalisation
Datum der Krankenhausaufnahme

Day/Tag	Month/Monat	Year/Jahr
/	/	/

Expected release date
Voraussichtliches Entlassungsdatum

Day/Tag	Month/Monat	Year/Jahr
/	/	/

Do you provide care for your partner while they are in hospital?
e.g. you are involved in your partner's rehabilitation or treatment.
Erbringen Sie für Ihren Partner / Ihre Partnerin Pflege, während er / sie im Krankenhaus ist (beteiligen Sie sich z.B. an der Rehabilitation oder Behandlung)?

No
Nein

Yes ▶
Ja

Care you provide
Von Ihnen erbrachte Pflege

Will your partner return to your care on their release from hospital?
Wird Ihr/e Partner/in nach der Entlassung aus dem Krankenhaus wieder von Ihnen pflegerisch versorgt?

No ▶
Nein

You may be asked for more information.
Sie werden eventuell um weitere Informationen gebeten.

Yes
Ja

6 Does your partner stay overnight or longer with any other person or organisation on a regular basis?
Bleibt Ihr/e Partner/in regelmäßig bei einer anderen Person oder Organisation über Nacht?

No
Nein

Yes Ja

Please tick the box that shows the reason(s) why your partner stays overnight or longer with another person or organisation:

Bitte markieren Sie das Kästchen, das zeigt, warum Ihr/e Partner/in über Nacht oder länger bei einer anderen Person oder Organisation bleibt:

Treatment (other than hospitalisation)

e.g. spends night(s) at therapy

Behandlung (außer Krankenhausbehandlung)

verbringt z.B. eine oder mehrere Nächte in einer Therapie

How many nights?

e.g. 3 days a week, 1 night a month

Wie viele Nächte?

z.B. 3 Tage die Woche, 1 Nacht im Monat

When did this start?

Seit wann ist dies der Fall?

Day/Tag	Month/Monat	Year/Jahr
/	/	/

Education/training

e.g. spends night(s) at training centre or hostel

Schulung / Bildung

verbringt z.B. eine oder mehrere Nächte in einer Bildungseinrichtung oder einem Wohnheim

How many nights?

e.g. every weekend, 1 night a month

Wie viele Nächte?

z.B. jedes Wochenende, 1 Nacht im Monat

When did this start?

Seit wann ist dies der Fall?

Day/Tag	Month/Monat	Year/Jahr
/	/	/

Shared care

e.g. another family member

Gemeinsame/Geteilte Pflege

z.B. mit einem anderen Familienmitglied

How many nights?

e.g. every weekend, 1 night a month

Wie viele Nächte?

z.B. jedes Wochenende, 1 Nacht im Monat

When did this start?

Seit wann ist dies der Fall?

Day/Tag	Month/Monat	Year/Jahr
/	/	/

Other care

e.g. • temporary care

• spends night(s) with other person not living with you

• respite care

Sonstige Pflege

z.B. • zeitweilige Pflege

• Übernachtungen bei nicht in Ihrem Haushalt lebenden Personen

• Entlastungspflege

How many nights?

e.g. every weekend, 1 night a month

Wie viele Nächte?

z.B. jedes Wochenende, 1 Nacht im Monat

When did this start?

Seit wann ist dies der Fall?

Day/Tag	Month/Monat	Year/Jahr
/	/	/

7 Is your partner terminally ill and expected to live for 3 months or less?
Ist Ihr/e Partner/in unheilbar krank und hat eine Lebenserwartung von 3 Monaten oder weniger?

No
Nein

Yes Ja

Go to **Question 11** on page 9

You do not need to complete details about the care provided.

Bitte weiter mit **Frage 11** auf Seite 9

Sie brauchen über die Art der erbrachten Pflege keine Angaben machen.

About the care provided

Informationen über die erbrachte Pflege

Section A—day to day care needs / Abschnitt A—täglicher Pflegebedarf

Please read the instructions below before answering Question 8.

Bitte lesen Sie erst die unten stehenden Anweisungen, ehe Sie Frage 8 beantworten.

8 Does your partner:

For each statement in Question 8, tick the box that best describes how well your partner usually manages.

- Your partner's abilities include what they can do **when using their aids, appliances or special equipment items**.
- Where your partner's disability or condition is only apparent at certain times, the question should be answered for when your partner is **not experiencing an episode or flare-up of the disability/condition**.
- Help* means any physical assistance, guidance or supervision.
- Without help* means your partner starts and finishes activities without assistance or supervision.

Trifft Folgendes auf Ihren Partner / Ihre Partnerin zu?

Kreuzen Sie bei jedem Punkt in Frage 8 **das Kästchen an**, das den gewöhnlichen Zustand Ihres Partners / Ihrer Partnerin am besten wiedergibt.

- Zu den Fähigkeiten Ihres Partners / Ihrer Partnerin gehören auch die Fähigkeiten unter Benutzung spezieller Hilfen, Geräte oder Ausrüstungen.
- Tritt die Behinderung bzw. der medizinische Zustand Ihres Partners / Ihrer Partnerin nur zu bestimmten Zeiten zu Tage, sollte die Frage für Zeiten beantwortet werden, in denen Ihr/e Partner/in keine Attacke oder Verschlechterung der Behinderung bzw. des Zustands durchlebt.
- Hilfe* bedeutet jegliche physische Unterstützung, Handreichung oder Überwachung.
- Ohne Hilfe* bedeutet, dass Ihr/e Partner/in Aktivitäten ohne Unterstützung oder Überwachung beginnt und beendet.

a move around the house? may use walking stick, frame, wheelchair etc. Bewegt sich im Haus herum Mit Gehstock oder -rahmen, Rollstuhl etc.	Without help Ohne Hilfe	<input type="checkbox"/> a
	With help of one person Mit Hilfe einer Person	<input type="checkbox"/> b
	With help of two people Mit Hilfe zweier Personen	<input type="checkbox"/> c
	Is confined to bed Bettlägrig	<input type="checkbox"/> d
b fall over indoors or outdoors (or from a wheelchair)? Stürzt im Haus oder außerhalb des Hauses (oder vom Rollstuhl)	Often Häufig	<input type="checkbox"/> a
	Sometimes Manchmal	<input type="checkbox"/> b
	Never Nie	<input type="checkbox"/> c
c move to and from bed, chairs, wheelchair and walking aids? Bewegt sich zu und von Bett, Stühlen, Rollstuhl und Gehhilfen	Without help Ohne Hilfe	<input type="checkbox"/> a
	With some help Mit geringer Hilfe	<input type="checkbox"/> b
	With a lot of help Mit umfassender Hilfe	<input type="checkbox"/> c
	Cannot do this Ist hierzu nicht in der Lage	<input type="checkbox"/> d
d have difficulty hearing others? even with hearing aids Hat Schwierigkeiten Andere zu hören Auch mit Hörgerät	Always Immer	<input type="checkbox"/> a
	Often Häufig	<input type="checkbox"/> b
	Sometimes Manchmal	<input type="checkbox"/> c
	Never Nie	<input type="checkbox"/> d
e have difficulty seeing clearly? even with glasses Hat Schwierigkeiten scharf zu sehen Auch mit Brille	Always Immer	<input type="checkbox"/> a
	Often Häufig	<input type="checkbox"/> b
	Sometimes Manchmal	<input type="checkbox"/> c
	Never Nie	<input type="checkbox"/> d
f need help or attention during the night? Benötigt während der Nacht Hilfe	Always Immer	<input type="checkbox"/> a
	Often Häufig	<input type="checkbox"/> b
	Sometimes Manchmal	<input type="checkbox"/> c
	Never Nie	<input type="checkbox"/> d

(continued) Does your partner:
**Trifft Folgendes auf Ihren
Partner / Ihre Partnerin zu
(Forts.)?**

- | | | |
|----------|--|--|
| g | have loss of bladder and/or bowel control?
incontinence
Kontrollverlust über Blase und/oder Darm
Inkontinenz | Always
Immer <input type="checkbox"/> a |
| | | Often
Häufig <input type="checkbox"/> b |
| | | Sometimes
Manchmal <input type="checkbox"/> c |
| | | Never
Nie <input type="checkbox"/> d |
| <hr/> | | |
| h | use continence aids or equipment?
e.g. colostomy, catheter, pads
Verwendet Inkontinenzhilfen oder –geräte
z.B. Kolostomie, Katheter, Einlagen | Without help
Ohne Hilfe <input type="checkbox"/> a |
| | | With some help
Mit geringer Hilfe <input type="checkbox"/> b |
| | | With a lot of help
Mit umfassender Hilfe <input type="checkbox"/> c |
| | | Does not use aids
Verwendet keine Hilfsmittel <input type="checkbox"/> d |
| <hr/> | | |
| i | use the toilet?
Geht zur Toilette | Without help
Ohne Hilfe <input type="checkbox"/> a |
| | | With some help
Mit geringer Hilfe <input type="checkbox"/> b |
| | | With a lot of help
Mit umfassender Hilfe <input type="checkbox"/> c |
| | | Cannot use a toilet
Kann Toilette nicht
verwenden <input type="checkbox"/> d |
| <hr/> | | |
| j | eat their food?
does not include meal preparation
Isst
Schließt Vorbereitung von Mahlzeiten nicht ein | Without help
Ohne Hilfe <input type="checkbox"/> a |
| | | With some help
Mit geringer Hilfe <input type="checkbox"/> b |
| | | With a lot of help
Mit umfassender Hilfe <input type="checkbox"/> c |
| | | Cannot feed themselves
Kann nicht selbst essen <input type="checkbox"/> d |
| <hr/> | | |
| k | shower, bath themselves?
Duscht, badet selbstständig | Without help
Ohne Hilfe <input type="checkbox"/> a |
| | | With some help
Mit geringer Hilfe <input type="checkbox"/> b |
| | | With a lot of help
Mit umfassender Hilfe <input type="checkbox"/> c |
| | | Cannot do this
Ist hierzu nicht in der Lage <input type="checkbox"/> d |
| <hr/> | | |
| l | dress themselves?
e.g. buttons, zips
Kleidet sich selbstständig an
z.B. Knöpfe, Reißverschlüsse etc. | Without help
Ohne Hilfe <input type="checkbox"/> a |
| | | With some help
Mit geringer Hilfe <input type="checkbox"/> b |
| | | With a lot of help
Mit umfassender Hilfe <input type="checkbox"/> c |
| | | Cannot do this
Ist hierzu nicht in der Lage <input type="checkbox"/> d |

(continued) Does your partner:
**Trifft Folgendes auf Ihren
Partner / Ihre Partnerin zu
(Forts.)?**

- | | | |
|----------|--|---|
| m | look after their grooming?
e.g. shaving, caring for hair, teeth
Übernimmt persönliche Pflege selbstständig
z.B. Rasieren, Haarpflege, Zahnpflege | Without help
Ohne Hilfe <input type="checkbox"/> a |
| | | With some help
Mit geringer Hilfe <input type="checkbox"/> b |
| | | With a lot of help
Mit umfassender Hilfe <input type="checkbox"/> c |
| | | Cannot do this
Ist hierzu nicht in der Lage <input type="checkbox"/> d |
| <hr/> | | |
| n | take care of their own medication?
e.g. take the right tablet at the right time
Übernimmt Medikation selbstständig
nimmt z.B. die richtige Tablette zur richtigen Zeit | Without help
Ohne Hilfe <input type="checkbox"/> a |
| | | With some help
Mit geringer Hilfe <input type="checkbox"/> b |
| | | With a lot of help
Mit umfassender Hilfe <input type="checkbox"/> c |
| | | Cannot do this
Ist hierzu nicht in der Lage <input type="checkbox"/> d |
| | | Does not take medication
Nimmt keine Medikation <input type="checkbox"/> e |
| <hr/> | | |
| o | take care of their own treatment?
e.g. oxygen, wound care, gastric feeding
Übernimmt eigene Behandlung selbstständig
z.B. Sauerstoff, Wundpflege,
Magensondenernährung | Without help
Ohne Hilfe <input type="checkbox"/> a |
| | | With some help
Mit geringer Hilfe <input type="checkbox"/> b |
| | | With a lot of help
Mit umfassender Hilfe <input type="checkbox"/> c |
| | | Cannot do this
Ist hierzu nicht in der Lage <input type="checkbox"/> d |
| | | Does not have treatment
Steht nicht in Behandlung <input type="checkbox"/> e |

9 Does your partner:

For each statement in Question 9, tick the box that best describes how well your partner usually manages.

Trifft Folgendes auf Ihren Partner / Ihre Partnerin zu?

Kreuzen Sie bei jedem Punkt in Frage 9 **das Kästchen an**, das den gewöhnlichen Zustand Ihres Partners / Ihrer Partnerin am besten wiedergibt.

a understand what you, the carer, say? Versteht, was Sie, d.h. die Pflegeperson, sagen	Always Immer	<input type="checkbox"/> a
	Usually Gewöhnlich	<input type="checkbox"/> b
	Sometimes Manchmal	<input type="checkbox"/> c
	Never Nie	<input type="checkbox"/> d
	<hr/>	
	b understand what other people say? Versteht, was andere Personen sagen	Always Immer
Usually Gewöhnlich		<input type="checkbox"/> b
Sometimes Manchmal		<input type="checkbox"/> c
Never Nie		<input type="checkbox"/> d
<hr/>		
c let others know how they feel and what they want? e.g. by speaking, using sign and/or communication aid Teilt Anderen Gefühle und Wünsche mit z.B. durch Worte, Zeichen und/oder Kommunikationshilfe		Always Immer
	Usually Gewöhnlich	<input type="checkbox"/> b
	Sometimes Manchmal	<input type="checkbox"/> c
	Never Nie	<input type="checkbox"/> d
	<hr/>	
	d know where they are? Weiß, wo er/sie ist	Always Immer
Usually Gewöhnlich		<input type="checkbox"/> b
Sometimes Manchmal		<input type="checkbox"/> c
Never Nie		<input type="checkbox"/> d
<hr/>		
e know whether it is morning, afternoon or night? Ist sich der Tageszeit bewusst		Always Immer
	Usually Gewöhnlich	<input type="checkbox"/> b
	Sometimes Manchmal	<input type="checkbox"/> c
	Never Nie	<input type="checkbox"/> d
	<hr/>	
	f remember things that happened today? Erinnert sich an Tagesgeschehnisse	Always Immer
Usually Gewöhnlich		<input type="checkbox"/> b
Sometimes Manchmal		<input type="checkbox"/> c
Never Nie		<input type="checkbox"/> d

10 Does your partner:

For each statement in Question 10, tick the box that best describes how well your partner usually behaves.

Trifft Folgendes auf Ihren Partner / Ihre Partnerin zu?

Kreuzen Sie bei jedem Punkt in Frage 10 **das Kästchen** an, das das gewöhnliche Verhalten Ihres Partners / Ihrer Partnerin am besten wiedergibt.

<p>a wander away or 'run away' from home? Wandert davon oder „läuft von zu Hause weg“</p>	Never Nie	<input type="checkbox"/> a	
	Sometimes Manchmal	<input type="checkbox"/> b	
	Often Häufig	<input type="checkbox"/> c	
	<hr/>		
	<p>b shout, scream at or threaten, other people? Schreit Andere an oder bedroht sie</p>	Never Nie	<input type="checkbox"/> a
		Sometimes Manchmal	<input type="checkbox"/> b
		Often Häufig	<input type="checkbox"/> c
	<hr/>		
<p>c physically harm other people? Fügt Anderen körperlichen Schaden zu</p>	Never Nie	<input type="checkbox"/> a	
	Sometimes Manchmal	<input type="checkbox"/> b	
	Often Häufig	<input type="checkbox"/> c	
<hr/>			
<p>d damage furniture, possessions or objects? Beschädigt Möbel, Gegenstände oder Sachwerte</p>	Never Nie	<input type="checkbox"/> a	
	Sometimes Manchmal	<input type="checkbox"/> b	
	Often Häufig	<input type="checkbox"/> c	
<hr/>			
<p>e laugh or cry without apparent reason? Lacht oder weint ohne erkennlichen Grund</p>	Never Nie	<input type="checkbox"/> a	
	Sometimes Manchmal	<input type="checkbox"/> b	
	Often Häufig	<input type="checkbox"/> c	
<hr/>			
<p>f withdraw from contact with other people, or appear depressed, worried or fearful? Zieht sich vom Kontakt mit Anderen zurück oder erscheint deprimiert, besorgt oder ängstlich</p>	Never Nie	<input type="checkbox"/> a	
	Sometimes Manchmal	<input type="checkbox"/> b	
	Often Häufig	<input type="checkbox"/> c	
<hr/>			
<p>g deliberately harm themselves? e.g. by biting, scratching skin, hitting or banging their head Fügt sich selbst bewusst körperlichen Schaden zu z.B. durch Beißen, Kratzen, Schlagen oder Schlagen des Kopfes gegen die Wand</p>	Never Nie	<input type="checkbox"/> a	
	Sometimes Manchmal	<input type="checkbox"/> b	
	Often Häufig	<input type="checkbox"/> c	
<hr/>			
<p>h have unusual, inappropriate or repetitive behaviours? e.g. uncontrolled eating, spinning objects, hand flapping, rocking, calling out or saying the same thing over and over again Zeigt ungewöhnliche, unangemessene oder wiederholte Verhaltensweisen z.B. unkontrolliertes Essen, Drehen von Gegenständen, Wedeln der Hand, Schaukeln, Rufen oder ständiges Wiederholen derselben Worte</p>	Never Nie	<input type="checkbox"/> a	
	Sometimes Manchmal	<input type="checkbox"/> b	
	Often Häufig	<input type="checkbox"/> c	

- 11 **You need to read this**
Sie müssen den folgenden
Abschnitt lesen

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

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 unter servicesaustralia.gov.au/privacy

Statement Erklärung

- 12 **You must read and sign the following statement.**
Die folgende Erklärung
muss von Ihnen gelesen und
unterschrieben werden.

I declare that to the best of my knowledge the information I have given on this form is correct.

I understand that giving false or misleading information is a serious offence.

Ich erkläre hiermit, dass die von mir auf diesem Formular gemachten Angaben nach meinem besten Wissen korrekt sind.

Ich bin mir bewusst, dass die wesentliche Angabe falscher oder irreführender Informationen eine schwere Gesetzesverletzung darstellt.

Your signature
Ihre Unterschrift



Date
Datum

Day/Tag	Month/Monat	Year/Jahr
/	/	

- 13 **WHAT TO DO NOW**
WAS SIE JETZT TUN MÜSSEN

Please return this completed form and the Health Professional Assessment form with your claim for Australian pension.

Bitte reichen Sie dieses vollständig ausgefüllte Formular und das Formular *Health Professional Assessment* mit Ihrem Antrag auf eine australische Rente ein.

ENQUIRIES – Phone Services Australia, International Services on + 61 3 6222 3455, if you need assistance to complete this form.

ANFRAGEN – Rufen Sie Services Australia, International Services, unter der Nummer + 61 3 6222 3455 an, wenn Sie beim Ausfüllen dieses Formulars Hilfe benötigen.