



Work capacity – Customer Information

Arbejdsevne – Personlige Oplysninger

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.

Hvem kan bruge dette ansøgningskema?

Dette skema kan bruges af arbejdssøgende, som på grund af invaliditet, sygdom eller skade søger om sociale ydelser fra Centrelink eller andre ydelser fra et andet land.

Skemaet bedes returneret **inden 28 dage** fra modtagelse for at sikre, at Deres ydelse kan udbetales så hurtigt som muligt.

1 Customer details

Kundeoplysninger

Centrelink Reference Number (if known)

Centrelinks journalnummer (hvis kendt)

--	--	--	--	--	--	--	--

Family name

Efternavn

Maiden name (if applicable)

Pigenavn (hvis relevant)

Previous married name (if applicable)

Tidligere efternavn (hvis De har været gift før)

Other aliases (if applicable)

Evt. andre navne,
De har anvendt

Given name(s)

Fornavn(e)

Date of birth

Fødselsdato

Day/Dag	Month/Måned	Year/År
/	/	/

Male
Mand

Female
Kvinde

Address

Adresse

Postcode Postnummer

Is there a telephone number we can contact you on?

Har De et telefonnummer, hvor vi kan kontakte Dem?

No
Nej

Yes ▶
Ja

Do you need an interpreter?

Har De brug for en tolk?

No
Nej

Yes ▶
Ja

Preferred language
Deres foretrukne sprog

2 Please list any disabilities, illnesses or injuries that you have

Her bedes De give oplysninger om Deres invaliditet, sygdom eller skade



CLK0AUS142DK 1402

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

Month/Måned	Year/År
/	

OR/ELLER

Hvornår begyndte invaliditet, sygdom eller skade at gøre det vanskeligt for Dem at arbejde eller videreudanne Dem på fuld tid?

I have had my disabilities or illnesses since birth
Min invaliditet eller sygdom er medfødt

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

No
Nej

Yes ▶ Please give details
Ja ▶ Giv venligst yderligere oplysninger

e.g. medication, physical therapy, counselling

Er De under behandling for invaliditet, sygdom eller skade?

f.eks. medicinsk behandling, fysioterapi, rådgivning

*If you need more space please attach a separate sheet of paper with details.
Hvis De skal bruge mere plads, bedes De vedlægge oplysningerne på et separat ark.*

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

No
Nej

Yes ▶ Date of last admission
Ja ▶ Sidste indlæggelsesdato

Day/Dag	Month/Måned	Year/År
/	/	

Har De nogensinde været indlagt på hospital på grund af invaliditet, sygdom eller skade?

Name of hospital
Hospitalets navn

--

Duration of stay
Opholdets varighed

From Fra	To Til												
<table border="1"><tr><td>Day/Dag</td><td>Month/Måned</td><td>Year/År</td></tr><tr><td>/</td><td>/</td><td></td></tr></table>	Day/Dag	Month/Måned	Year/År	/	/		<table border="1"><tr><td>Day/Dag</td><td>Month/Måned</td><td>Year/År</td></tr><tr><td>/</td><td>/</td><td></td></tr></table>	Day/Dag	Month/Måned	Year/År	/	/	
Day/Dag	Month/Måned	Year/År											
/	/												
Day/Dag	Month/Måned	Year/År											
/	/												

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

Indlæggelsesårsag
f.eks. operation, undersøgelse, behandling

Number of admissions in the last 5 years
Antal indlæggelser i de sidste 5 år

--

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

No
Nej

Yes ▶ Type of operation/procedure
Ja ▶ Hvad skal De opereres for?

Expected date (if known)
Forventet indlæggelsesdato

Day/Dag	Month/Måned	Year/År
/	/	

Where will operation take place (if known)
Hvor skal operationen finde sted (hvis dette vides)?

Reason for operation
Årsag til operationen

7	How often does your disability, illness or injury make it difficult for you to: Hvor ofte gør invaliditet, sygdom eller skade det vanskeligt for Dem at...	no problem ingen problemer	sometimes sometider	often ofte	all the time altid	Please give further details (if applicable) Yderligere forklaring (hvis påkrævet)
	sit sidde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	stand stå	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	walk gå	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	climb stairs gå på trapper	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	drive a car køre bil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	use public transport bruge offentlig transport	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	pick up objects samle genstande op	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	handle objects bruge genstande	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	lift løfte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	carry bære	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	bend bukke Dem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	operate everyday appliances or machinery anvende almindelige husholdningsapparater eller maskiner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	read læse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	write skrive	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	speak tale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	hear høre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	concentrate koncentrere Dem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	remember huske	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	interact with others have kontakt med andre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	attend work or other appointments gå på arbejde eller holde aftaler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	understand or follow instructions forstå eller følge anvisninger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	sleep sove	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	breathe trække vejret	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	manage your personal affairs passe Deres personlige anliggender	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	care for yourself* klare Dem selv*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	care for others tage Dem af andre	<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.
* Hvis De har en fuldtidsplejer, er Deres plejer muligvis berettiget til en ydelse. Kontakt venligst International Services, hvis De har brug for yderligere oplysninger.

9 Who is the doctor who you usually see about your disabilities, illnesses or injuries?

e.g. your general practitioner.

Hvilken læge kontakter De normalt vedrørende Deres invaliditet, sygdomme eller skader?

f.eks. Deres praktiserende læge.

Name
Navn

Address
Adresse

Postcode
Postnummer

Telephone
Telefon

Do you give permission for us to contact this person?
Tillader De, at vi kontakter denne person?

No
Nej

Yes
Ja

10 Have any specialists or other doctors treated you for these disabilities, illnesses or injuries?

Er De blevet behandlet af specialister eller andre læger for Deres invaliditet, sygdomme eller skader?

No
Nej

Yes **▶**
Ja

Name
Navn

Address
Adresse

Postcode
Postnummer

Telephone
Telefon

Date of last visit
Dato for sidste lægebesøg

Day/Dag Month/Måned Year/År
/ /

Conditions for which you were treated
Sygdomme, som De blev behandlet for

*If you have specialist reports, please attach copies.
Venligst vedlæg kopi af eventuelle rapporter fra specialister.*

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

Har De kontaktet andre eller har andre hjulpet Dem med Deres invaliditet, sygdomme eller skader?

f.eks.

- rådgiver
- socialarbejder
- folkesundhedsmedarbejder
- lærer
- psykolog
- fysioterapeut

No
Nej

Yes **▶**
Ja

1

Name
Navn

Profession
Stilling

Address
Adresse

Postcode
Postnummer

Telephone
Telefon

Do you give permission for us to contact this person?
Tillader De, at vi kontakter denne person?

No
Nej

Yes
Ja

2

Name
Navn

Profession
Stilling

Address
Adresse

Postcode
Postnummer

Telephone
Telefon

Do you give permission for us to contact this person?
Tillader De, at vi kontakter denne person?

No
Nej

Yes
Ja

*If you need more space please attach a separate sheet of paper with details.
Hvis De skal bruge mere plads, bedes De vedlægge oplysningerne på et separat ark.*

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

Er der andre oplysninger, vi bør have om Deres invaliditet, sygdomme eller skader?

No
Nej

Yes
Ja

Please give details
Giv venligst yderligere oplysninger

If you need more space please attach a separate sheet of paper with details.
Hvis De skal bruge mere plads, bedes De vedlægge oplysningerne på et separat ark.

13 School or full-time education details
Uddannelsesforløb

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

years old
alder

Hvor gammel var De, da De gik ud af skolen eller stoppede uddannelse på fuld tid?

Year of leaving school/education
Hvilket år forlod De skolen?

What grade/year did you reach?
Hvilket klassetrin gik De på?

What is the highest educational qualification you obtained?
e.g. Year 10 Certificate, Higher School Certificate, Degree
Hvad er den højeste uddannelse, De har gennemført?
f.eks. 10. klasses afgangseksamen, studentereksamen, akademisk grad

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

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

Har De andre kvalifikationer, færdigheder eller praktisk erfaring?

Dette omfatter frivilligt arbejde, efteruddannelseskurser, faglige beviser, autorisationer, diplomer, videregående uddannelse.

No
Nej

Yes
Ja

Please give details
Giv venligst yderligere oplysninger

If you need more space please attach a separate sheet of paper with details.
Hvis De skal bruge mere plads, bedes De vedlægge oplysningerne på et separat ark.

15 Have you ever worked?
Har De nogensinde arbejdet?

No
Nej

Yes
Ja

Go to **Question 18**
Gå til **punkt 18**

What date did you last work?
Sidste arbejdsdag?

Month/Måned / Year/År

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?

Har De deltaget i nogen kurser med henblik på at finde arbejde, fastholde et job, vende tilbage til arbejde, leve bedre med Deres skade eller hjælpe Dem med genoptræning, træning til nyt job, erhvervs erfaring eller anden jobtræning?

No
Nej
Yes
Ja

1	Name of provider Kursusudbyder	<input type="text"/>					
	Type of program Kursets art	<input type="text"/>					
	Dates you participated Dato for kursusdeltagelse	From Fra				To Til	
		Day/Dag	Month/Måned	Year/År	Day/Dag	Month/Måned	Year/År
		/	/		/	/	
2	Name of provider Kursusudbyder	<input type="text"/>					
	Type of program Kursets art	<input type="text"/>					
	Dates you participated Dato for kursusdeltagelse	From Fra				To Til	
		Day/Dag	Month/Måned	Year/År	Day/Dag	Month/Måned	Year/År
		/	/		/	/	

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.
Vedlæg enhver dokumentation, De er i besiddelse af, som giver detaljer om Deres deltagelse i kurset, herunder start- og slutdato, krav til kurset, kursusaktiviteter og kursuslængde.

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

Er der noget, der forhindrer Dem i at deltage i revalidering i fremtiden?

No
Nej
Yes
Ja

Is this because you are about to have other treatment?
Skyldes det, at De skal i yderligere behandling?

No
Nej

Yes
Ja Please give details
Giv venligst yderligere oplysninger

<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.
Hvis De skal bruge mere plads, bedes De vedlægge oplysningerne på et separat ark.

Is this drug or alcohol related?
Er det forbundet med narkotika eller alkohol?

No
Nej

Yes
Ja

Is there another reason?
Andre årsager?

No
Nej

Yes
Ja Please give details
Giv venligst yderligere oplysninger

<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.
Hvis De skal bruge mere plads, bedes De vedlægge oplysningerne på et separat ark.

- 20 When do you think you will be able to start part-time or full-time work or study? **Hvornår tror De, at De vil være i stand til at starte arbejde eller uddannelse på fuld- eller deltid?**
- | | | | | | |
|---------------------------------------|--------------------------|-------------------------------|--------------------------|------------------------------------|--------------------------|
| now
nu | <input type="checkbox"/> | 6-12 months
6-12 måneder | <input type="checkbox"/> | more than 2 years
mere end 2 år | <input type="checkbox"/> |
| within 6 months
indenfor 6 måneder | <input type="checkbox"/> | 12-24 months
12-24 måneder | <input type="checkbox"/> | never
aldrig | <input type="checkbox"/> |

- 21 Did someone help you complete this form? **Har De haft hjælp med at udfylde dette skema?**
- No Nej
- Yes Ja
- Who helped you? **Hvem hjalp Dem?**
- Name **Navn**
- Address **Adresse**
- Postcode **Postnummer**
- Telephone **Telefon** ()
- Do you give permission for us to contact this person? **Tillader De, at vi kontakter denne person?** No Nej Yes Ja

22 **IMPORTANT INFORMATION**
VIGTIGT

Privacy and your personal information

Your personal information is protected by law, including the *Privacy Act 1988*, and is collected by the Australian Government Department of Human Services for the assessment and administration of payments and services. This information is required to process your application or claim.

Your information may be used by the department or given to other parties for the purposes of research, investigation or where you have agreed or it is required or authorised by law.

You can get more information about the way in which the Department of Human Services will manage your personal information, including our privacy policy at humanservices.gov.au/privacy or by requesting a copy from the department.

Beskyttelse af personoplysninger

Personoplysninger er beskyttede ved lov, bl.a. *Privacy Act 1988* (Lov om Personlige Oplysninger) og indhentes af det australske Department of Human Services til brug for bedømmelse og administration af betalinger og serviceydelser. Personoplysninger anvendes til behandling af Deres ansøgning eller krav.

Personoplysninger kan anvendes af Department of Human Services eller videregives til tredjemand til forskningsbrug eller med henblik på yderligere undersøgelser, eller hvor De har givet tilladelse til det eller det er påbudt eller tilladt ved lov.

De kan få flere oplysninger om, hvordan Department of Human Services registrerer og opbevarer personoplysninger samt vores datafortrolighedspolitik på humanservices.gov.au/privacy eller ved at rekvirere et eksemplar fra styrelsen.

- 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.

Deres erklæring

Hvis kunden ikke selv kan underskrive dette skema, skal det underskrives af kundens værge eller fuldmægtig. En kopi af den relevante dokumentation skal vedlægges.

I declare that:

I understand that:

Jeg erklærer at:

Jeg er indforstået med at:

- the information I have given is correct.
- giving false or misleading information is a serious offence.
- de af mig opgivne oplysninger er rigtige.
- det er en alvorlig forseelse at afgive falske eller misvisende oplysninger.

Your signature

Deres underskrift



Date
Dato

Day/Dag / Month/Måned / Year/År

Return this form to:
Department of Human Services
International Services
PO Box 7809
Canberra BC ACT 2610
AUSTRALIA

Dette skema sendes til:
Department of Human Services
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 Department of Human Services, International Services, PO Box 7809, Canberra BC ACT 2610, AUSTRALIA.
- 1 Kontroller at De har læst og underskrevet ovenstående erklæring.
 - 2 De bedes vedhæfte alle yderligere oplysninger til støtte for Deres ansøgning. Vent ikke med at sende dette skema, selv om De ikke kan sende alle nødvendige dokumenter på dette tidspunkt. De kan eftersende yderligere dokumenter snarest muligt til Department of Human Services, International Services, PO Box 7809, Canberra BC ACT 2610, AUSTRALIA.

ENQUIRIES

If you have any questions, please call the Department of Human Services direct (free of charge) on **8088 3556** (between 8.00 am and 5.00 pm Hobart Time, Monday to Friday).

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

If this service is not available call the Department of Human Services 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.

SPØRGSMÅL

Hvis De har nogen spørgsmål, bedes De kontakte Department of Human Services direkte (gratiskald) på **8088 3556** (mellem kl. 8 og 17 (Hobart tid), mandag til fredag).

Det er muligt, at gratiskald ikke kan foretages fra alle områder i Danmark.

Hvis De ikke kan benytte Dem af denne service, kan De ringe til Department of Human Services på **(+61 3) 6222 3455** (internationalt) eller **131 673** (indenfor Australien).

NB! Telefonopkald er ikke gratis – opkald fra mobiltelefoner kan koste ekstra.