

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.

Tko treba ispuniti ovaj obrazac?

Ovaj obrazac trebaju ispuniti osobe koje su invalidi ili bolesnici ili su pretrpjele ozljedu, a traže posao i podnose zahtjev za isplatu iz Centrelinka ili mirovinu iz druge države.

Molimo da vratite ispunjeni obrazac u roku od **28 dana** nakon primitka, kako biste počeli primati pomoć/isplatu što je prije moguće.

1 Customer details
Podaci o stranci

Centrelink Reference Number (if known)
Centrelinkov broj dosjea (ako ga znate)

--	--	--	--

Family name
Prezime

Maiden name (if applicable)
Djevojačko prezime
(ako se odnosi na Vas)

Previous married name (if applicable)
Prezime iz prethodnog braka
(ako se odnosi na Vas)

Other aliases (if applicable)
Druga imena
(ako se to odnosi na Vas)

Given name(s)
Osobno ime (imena)

Date of birth
Datum rođenja

Day/Dan	Month/Mjesec	Year/Godina
/	/	/

Male ☐ Female ☐ Other ☐
Muško Žensko Ostalo

Address
Adresa

Postcode Poštanski broj

Is there a telephone number
we can contact you on?
Postoji li telefonski broj na
koji vas se može kontaktirati?

No ☐
Ne
Yes ☐
Da

Do you need an interpreter?
Trebate li tumača?

No ☐
Ne
Yes ☐
Da

Preferred language
Jezik koji želite koristiti

**2 Please list any disabilities,
illnesses or injuries that you have**
**Navedite sve vrste invalidnosti,
bolesti ili ozljeda koje imate**



CLK0AUS142CB 2407

3

OR/ILI

7

4

1

9

npr. uzimanje lijekova, fizikalna terapija, savjetovanje

*If you need more space, please attach a separate sheet of paper with details.
Ako vam treba više prostora, molimo priložite posebni list papira s podacima.*

5

7

9

To
Do

Day/Dan Month/Mjesec Year/Godina
/ /

[illegible]

6

7

1

Day/Dan Month/Mjesec Year/Godina

7

How often does your disability, illness or injury make it difficult for you to:

Koliko često vam je zbog vaše bolesti, invalidnosti ili ozljede teško...

no problem
bez problema

sometimes
ponekad

often
često

all the time
uvijek

Please give further details (if applicable)

Navedite ostale podatke (ako ih imate)

sit sjediti	☐	☐	☐	☐	
stand stajati	☐	☐	☐	☐	
walk hodati	☐	☐	☐	☐	
climb stairs hodati uz stube	☐	☐	☐	☐	
drive a car voziti auto	☐	☐	☐	☐	
use public transport koristiti javni prijevoz	☐	☐	☐	☐	
pick up objects podizati predmete	☐	☐	☐	☐	
handle objects rukovati predmetima	☐	☐	☐	☐	
lift dizati	☐	☐	☐	☐	
carry nositi	☐	☐	☐	☐	
bend sagnuti se	☐	☐	☐	☐	
operate everyday appliances or machinery svakodnevno rukovati aparatima ili strojevima	☐	☐	☐	☐	
read čitati	☐	☐	☐	☐	
write pisati	☐	☐	☐	☐	
speak govoriti	☐	☐	☐	☐	
hear čuti	☐	☐	☐	☐	
concentrate koncentrirati se	☐	☐	☐	☐	
remember pamtiti	☐	☐	☐	☐	
interact with others komunicirati s drugima	☐	☐	☐	☐	
attend work or other appointments biti na poslu ili drugim sastancima	☐	☐	☐	☐	
understand or follow instructions razumjeti ili slijediti upute	☐	☐	☐	☐	
sleep spavati	☐	☐	☐	☐	
breathe disati	☐	☐	☐	☐	
manage your personal affairs obavljati svoje osobne stvari	☐	☐	☐	☐	
care for yourself* brinuti se o sebi*	☐	☐	☐	☐	
care for others brinuti se o drugima	☐	☐	☐	☐	

* 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.
 * Ako netko vodi brigu o vama puno radno vrijeme, ta bi osoba mogla ostvariti pravo na isplatu za njegovatelja. Molimo nazovite Međunarodne usluge ako trebate dodatne informacije.

Na radnom mjestu, hoće li Vam zbog invalidnosti, bolesti ili ozljede biti teže:

no	sometimes	often	all the time
ne	ponekad	često	uvijek

Please give further details (if applicable)
Navedite ostale podatke (ako ih imate)

A	interact with others? družiti se s drugima?	☐	☐	☐	☐	
B	maintain appropriate behaviour? održavati odgovarajuće ponašanje?	☐	☐	☐	☐	
C	cope with work related stress or pressure? izdržati stres i pritisak zbog posla?	☐	☐	☐	☐	
D	learn new tasks? učiti nove zadatke?	☐	☐	☐	☐	
E	remember how to do tasks? sjećati se kako obaviti zadatke?	☐	☐	☐	☐	
F	understand and follow instructions? razumjeti i slijediti upute?	☐	☐	☐	☐	
G	concentrate? koncentrirati se?	☐	☐	☐	☐	
H	persist at tasks without unscheduled breaks? obavljati zadatke bez nepredviđenih prekida?	☐	☐	☐	☐	
I	undertake more than one task? preuzeti više od jednog zadatka?	☐	☐	☐	☐	
J	look after your personal care needs? voditi računa o osobnoj njezi?	☐	☐	☐	☐	
K	physically complete tasks? fizički obaviti zadatke?	☐	☐	☐	☐	
L	move safely around the workplace? kretati se sa sigurnošću na radnom mjestu?	☐	☐	☐	☐	
M	communicate with others? komunicirati s drugima?	☐	☐	☐	☐	
N	control the use of your language? kontrolirati što govorite?	☐	☐	☐	☐	

9 Who is the doctor who you usually see about your disabilities, illnesses or injuries?
e.g. your general practitioner.
Kod kojeg liječnika obično odlazite zbog invaliditeta, bolesti ili ozljeda?
npr. liječnik opće prakse.

Name
Ime

Address
Adresa

Postcode
Poštanski broj

Telephone
Telefon

()

Do you give permission for us to contact this person?
Dajete li nam dopuštenje da kontaktiramo tu osobu?

No ☐ Yes ☐
Ne Da

10 Have any specialists or other doctors treated you for these disabilities, illnesses or injuries?
Da li vas je koji specijalist ili neki drugi liječnik liječio zbog invaliditeta, bolesti ili ozljeda?

No ☐
Ne

Yes ☐ **Name**
Ime

Address
Adresa

Postcode
Poštanski broj

Telephone
Telefon

()

Date of last visit
Datum posljednjeg pregleda

Day/Dan Month/Mjesec Year/Godina
/ /

Conditions for which you were treated
Zdravstveno stanje zbog kojeg ste liječeni

*If you have specialist reports, please attach copies.
Ako imate mišljenje specijaliste, molimo priložite kopiju.*

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
Da li ste se obratili za mišljenje ili dobili pomoć od bilo koga drugoga u svezi invaliditeta, bolesti ili ozljeda?
npr. • odvjetnik
• socijalni radnik
• općinski zdravstveni radnik
• profesor
• psiholog
• fizioterapeut

No ☐
Ne

Yes ☐ **1 Name**
Ime

Profession
Zanimanje

Address
Adresa

Postcode
Poštanski broj

Telephone
Telefon

()

Do you give permission for us to contact this person?
Dajete li nam dopuštenje da kontaktiramo tu osobu?

No ☐ Yes ☐
Ne Da

2 Name
Ime

Profession
Zanimanje

Address
Adresa

Postcode
Poštanski broj

Telephone
Telefon

()

Do you give permission for us to contact this person?
Dajete li nam dopuštenje da kontaktiramo tu osobu?

No ☐ Yes ☐
Ne Da

*If you need more space, please attach a separate sheet of paper with details.
Ako vam treba više prostora, molimo priložite posebni list papira s podacima.*

- 12** Is there any other information you feel we need to know about your disabilities, illnesses or injuries?
Postoje li bilo kakvi drugi podaci za koje smatrate da trebamo znati o vašoj invalidnosti, bolestima ili ozljedama?

No ☐

Ne

Yes ☐

Da

Please give details
Navedite podatke

*If you need more space, please attach a separate sheet of paper with details.
Ako vam treba više prostora, molimo priložite posebni list papira s podacima.*

- 13** School or full-time education details
Podaci o školi ili redovnom školovanju

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

Koliko ste imali godina kada ste napustili školu ili redovno školovanje?

Year of leaving school/education

Godina napuštanja škole/ školovanja

What grade/year did you reach?

Do kojeg razreda/godine ste došli?

What is the highest educational qualification you obtained?

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

Koje ste najviše kvalifikacije stekli?

npr. svjedodžbu za 10 godina školovanja, visokoškolsku diplomu, akademski stupanj

years old
starost

- 14** Have you gained any other qualifications, skills or experience?
Include things like voluntary work, courses, trade tickets, licences, diplomas, tertiary qualifications.
Jeste li stekli neke druge kvalifikacije, stručne spreme ili iskustvo?

Navedite npr. dobrovoljni rad, tečajeve, dozvole za zanat, obrtnice, diplome, tercijarne kvalifikacije

No ☐

Ne

Yes ☐

Da

Please give details
Navedite podatke

*If you need more space, please attach a separate sheet of paper with details.
Ako vam treba više prostora, molimo priložite posebni list papira s podacima.*

- 15** Have you ever worked?
Jeste li ikada radili?

No ☐

Ne

Yes ☐

Da

Go to **Question 18**
Idite na **pitanje 18**

What date did you last work?
Datum kad ste posljednji puta radili?

Month/Mjesec Year/Godina
/

16 What were your last 2 jobs?
Koja 2 posla ste posljednja obavljali?

Your last job Vaš posljednji posao	
Type of job Vrsta posla	
Days worked per week Koliko dana ste radili tjedno	
Was this work: Je li to bilo:	Full-time ☐ Part-time ☐ Casual ☐ Puno radno vrijeme Skraćeno radno vrijeme Povremeno
Name of employer Ime poslodavca	
Contact phone number Broj telefona za kontakt	()
Reason for leaving this job (e.g. retirement, resignation, caring for family, medical condition – specify which medical condition) Razlog za napuštanje ovog posla (npr. mirovina, ostavka, njega obitelji, zdravstveno stanje – navedite koja vrsta bolesti)	

Your 2nd last job Vaš pretposljednji posao	
Type of job Vrsta posla	
Days worked per week Koliko dana ste radili tjedno	
Was this work: Je li to bilo:	Full-time ☐ Part-time ☐ Casual ☐ Puno radno vrijeme Skraćeno radno vrijeme Povremeno
Name of employer Ime poslodavca	
Contact phone number Broj telefona za kontakt	()
Reason for leaving this job (e.g. retirement, resignation, caring for family, medical condition – specify which medical condition) Razlog za napuštanje ovog posla (npr. mirovina, ostavka, njega obitelji, zdravstveno stanje – navedite koja vrsta bolesti)	

If you need more space, please attach a separate sheet of paper with details.
Ako vam treba više prostora, molimo priložite posebni list papira s podacima.

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?
Jeste li primili ili Vam je ponuđena dodatna pomoć na radnom mjestu zbog invalidnosti, bolesti ili povrede, kao na primjer prilagođavanje radne sredine, skraćeno radno vrijeme, alternativne dužnosti, odlazak u mirovinu itd?

No ☐
 Ne
 Yes ☐ Please give details
 Da ☐ Navedite podatke

If you need more space, please attach a separate sheet of paper with details.
Ako vam treba više prostora, molimo priložite posebni list papira s podacima.

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?

Jeste li sudjelovali u bilo kojim programima za lakše nalaženje posla, zadržavanje posla, povratak na posao, lakše podnošenje povrede ili programima za radnu rehabilitaciju, stjecanje novih sposobnosti, radnog iskustva ili prakse?

No ☐

Ne

Yes ☐

Da

1	Name of provider Ime pružatelja usluga	
	Type of program Vrsta programa	
	Dates you participated Datumi sudjelovanja	From Od
		To Do
		Day/Dan / Month/Mjesec / Year/Godina /

2	Name of provider Ime pružatelja usluga	
	Type of program Vrsta programa	
	Dates you participated Datumi sudjelovanja	From Od
		To Do
		Day/Dan / Month/Mjesec / Year/Godina /

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.

Priložite svu dokumentaciju koju imate, u kojoj se navode podaci o Vašem sudjelovanju u tom programu, uključujući kad je program počeo i završio, uvjete tog programa, koje ste aktivnosti obavljali tijekom sudjelovanja u programu i koliko dugo.

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

Postoji li razlog zbog kojeg ne biste mogli sudjelovati u programu osposobljavanja ili školovanja u budućnosti?

No ☐

Ne

Yes ☐

Da

Is this because you are about to have other treatment?
Je li razlog to što ćete imati drugo liječenje?

No ☐

Ne

Yes ☐

Da

Please give details
Navedite podatke

*If you need more space, please attach a separate sheet of paper with details.
Ako vam treba više prostora, molimo priložite posebni list papira s podacima.*

Is this drug or alcohol related?

Ima li to veze s drogom ili alkoholom?

No ☐

Ne

Yes ☐

Da

Is there another reason?

Postoji li drugi razlog?

No ☐

Ne

Yes ☐

Da

Please give details
Navedite podatke

*If you need more space, please attach a separate sheet of paper with details.
Ako vam treba više prostora, molimo priložite posebni list papira s podacima.*

- 20** When do you think you will be able to start part-time or full-time work or study?
Što mislite kad ćete biti u stanju početi rad ili školovanje s punim ili skraćenim radnim vremenom?
- | | | |
|--|----------------------------------|--|
| now
sada | 6–12 months
in 6–12 mjeseci | more than 2 years
za više od 2 godine |
| within 6 months
u roku od 6 mjeseci | 12–24 months
in 12–24 mjeseca | never
nikada |

- 21** Did someone help you complete this form?
Je li vam netko pomogao ispuniti ovu tiskanicu?
- No ☐
Ne
- Yes ☐ Who helped you?
Da Tko vam je pomogao?
- Name
Ime
- Address
Adresa
- Postcode
Poštanski broj
- Telephone
Telefon
- Do you give permission for us to contact this person?
Dajete li nam dopuštenje da kontaktiramo tu osobu?
- No ☐
Ne
- Yes ☐
Da

22 IMPORTANT INFORMATION
VAŽNE INFORMACIJE

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

Zaštita privatnosti i Vaši osobni podaci

Privatnost i sigurnost vaših osobnih podataka nam je važna i zakonom zaštićena. Te podatke prikupljamo kako bismo mogli obraditi vašu molbu i vršiti isplate, kao i pružati vam usluge. Vaše podatke proslijeđujemo drugim stranama samo kada vi date suglasnost za to ili kada nam zakon to dopušta ili nalaže. Za daljnje informacije, posjetite 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.

Vaša izjava

Ukoliko stranka ne može potpisati ovu tiskanicu, treba je potpisati njezin pravni zastupnik i treba priložiti isprave o skrbništvu ili punomoći.

I declare that:

I understand that:

Izjavljujem:

Razumijem:

Your signature

Vaš potpis

Date
Datum

- the information I have given is correct.
- giving false or misleading information is a serious offence.
- da su podaci koje sam naveo/navela točni.
- da se namjerno davanje netočnih i lažnih podataka kažnjava.



Day/Dan Month/Mjesec Year/Godina
/ /

Return this form to:

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

Vratite ovaj obrazac na:

**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 Provjerite da ste pročitali i potpisali vašu ranije navedenu izjavu.
- 2 Priložite sve podatke za koje smatrate da će poduprijeti vaš zahtjev. Ukoliko ne možete odmah pribaviti sve isprave, nemojte odgoditi vraćanje ove tiskanice. Preostale isprave dostavite što prije na Services Australia, International Services, PO Box 7809, CANBERRA BC ACT 2610, AUSTRALIA.

ENQUIRIES

If you have any questions please call

(+61 3) **6222 3455** (outside Australia)

131 673 (inside Australia)

Note: Call charges apply – calls from mobile phones may be charged at a higher rate.

UPITI

Ako imate kakvih pitanja izvoliti nazvati

(+61 3) **6222 3455** (izvan Australije)

131 673 (u Australiji)

Opaska: Pozivi se naplaćuju – pozivi s mobitela se mogu naplaćivati po višoj tarifi.