

# 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, Other)

Anrede (z.B. Herr, Frau, Dr., Sonstiges)

Family name

Familiennamenname

First given name

Erster Vorname

Other given name(s)

Weitere/r Vorname/n

Date of birth

Geburtsdatum

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

Male  Female  Other

Männlich Weiblich Sonstiges

Contact phone number

Telefonisch zu erreichen unter ( )

### 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, Other)

Anrede (z.B. Herr, Frau, Dr., Sonstiges)

Family name

Familiennamenname

First given name

Erster Vorname

Other given name(s)

Weitere/r Vorname/n

Date of birth

Geburtsdatum

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

Male  Female  Other

Männlich Weiblich Sonstiges

### 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



CLK0AUS156AT 2407

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.

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

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

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

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

<b>m</b>	<b>look after their grooming?</b> e.g. shaving, caring for hair, teeth <b>Übernimmt persönliche Pflege selbstständig</b> 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
<b>n</b>	<b>take care of their own medication?</b> e.g. take the right tablet at the right time <b>Übernimmt Medikation selbstständig</b> 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
<b>o</b>	<b>take care of their own treatment?</b> e.g. oxygen, wound care, gastric feeding <b>Übernimmt eigene Behandlung selbstständig</b> 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.

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



**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 [servicessaustralia.gov.au/privacy](https://servicessaustralia.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 [servicessaustralia.gov.au/privacy](https://servicessaustralia.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 wissentliche 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.