

Assessment for Carer Payment

Valutazione ai fini di un sussidio per accompagnatori

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.

In base alle informazioni che Lei fornisce su questo modulo, Services Australia, International Services accerterà la Sua idoneità al Carer Payment (sussidio di accompagnamento). Lei dovrà anche chiedere a un operatore sanitario di compilare l'Health Professional Assessment.

La preghiamo di rispondere a tutte le domande.

1 Your details

Le Sue generalità

Title (e.g. Mr, Mrs, Miss, Ms, Dr, Other)

Titolo (es., Sig., Sig.ra, Dott., Altro)

Family name

Cognome

First given name

Nome

Other given name(s)

Altri nomi

Date of birth

Data di nascita

Gender

Sesso

Contact phone number

Tel.

Male Female Other
Maschile Femminile Altro

About your partner / Il partner

2 Your partner's details

Generalità del partner

Title (e.g. Mr, Mrs, Miss, Ms, Dr, Other)

Titolo (es., Sig., Sig.ra, Dott., Altro)

Family name

Cognome

First given name

Nome

Other given name(s)

Altri nomi

Date of birth

Data di nascita

Gender

Sesso

Male Female Other
Maschile Femminile Altro

3 What is your partner's main disability/medical condition(s) for which they require care?

Quali sono i principali disturbi/patologie per i quali il partner richiede assistenza?

List condition(s)

Elenchi i disturbi



CLK0AUS156IT 2407

4 Do you personally provide care for your partner on a daily basis because of the disability/medical condition?
Lei fornisce personalmente assistenza quotidianamente a causa dell'infermitá/malattia?

No
No

Yes Date care started (due to the disability/medical condition)
Sì Data da cui ha avuto inizio l'assistenza (in seguito a infermitá/malattia)

/	/
---	---

5 Is your partner currently in hospital?
Il partner è attualmente ricoverato in ospedale?

No
No

Yes Date of hospitalisation
Sì Data del ricovero

/	/
---	---

Expected release date
Data prevista della dimissione

/	/
---	---

Do you provide care for your partner while they are in hospital?
e.g. you are involved in your partner's rehabilitation or treatment.
Lei presta assistenza al partner durante il ricovero in ospedale?
es., Lei partecipa alla riabilitazione o alle terapie per il partner?

No
No

Yes Care you provide
Sì Assistenza da Lei fornita

Will your partner return to your care on their release from hospital?
Dopo la dimissione Lei tornerà a prendersi cura del partner?

No You may be asked for more information.
No Le potrebbero venire poste altre domande.

Yes
Sì

6 Does your partner stay overnight or longer with any other person or organisation on a regular basis?

Il partner trascorre la notte o periodi più lunghi presso altre persone o enti vari a scadenza periodica?

No

No

Yes

Sí

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

Spunti la casella che indica la ragione del pernottamento o dei periodi più lunghi presso terzi o istituti:

Treatment (other than hospitalisation)

e.g. spends night(s) at therapy

Trattamento (esclusa la degenza)

es., trascorre le notti in terapia

How many nights?

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

Quante notti?

es., 3 giorni alla settimana, 1 notte al mese

When did this start?

Da quando?

Education/training

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

Istruzione/formazione professionale

es., trascorre la notte presso l'ente di formazione o ostello

How many nights?

e.g. every weekend, 1 night a month

Per quante notti?

es., ogni fine settimana, 1 notte al mese

When did this start?

Da quando?

Shared care

e.g. another family member

Assistenza condivisa

es., da parte di un altro familiare

How many nights?

e.g. every weekend, 1 night a month

Per quante notti?

es., ogni fine settimana, 1 notte al mese

When did this start?

Da quando?

Other care

e.g. • temporary care

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

• respite care

Altri tipi di assistenza

es. • temporanea

• trascorre la notte presso terzi altrove

• assistenza sostitutiva

How many nights?

e.g. every weekend, 1 night a month

Per quante notti?

es., ogni fine settimana, 1 notte al mese

When did this start?

Da quando?

7 Is your partner terminally ill and expected to live for 3 months or less?

Il partner è affetto da una malattia terminale con prospettive di sopravvivenza non superiori ai 3 mesi?

No

No

Yes

Sí

Go to **Question 11** on page 9

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

Vada alla **domanda n. 11** a pagina 9

Non occorre fornire i particolari dell'assistenza prestata.

About the care provided / Tipo di assistenza prestata

Section A—day to day care needs / Parte A—assistenza basata su esigenze quotidiane

Please read the instructions below before answering Question 8.

Legga le seguenti istruzioni prima di rispondere alla domanda n.8

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.

Il partner:

Per ciascuna affermazione alla domanda n. 8, **spunti la casella** che **meglio** descrive il modo in cui il partner riesce di solito a svolgere le sue attività.

- Le capacità del partner comprendono ciò che riesce a fare **usando le protesi, gli ausili o le attrezzature speciali**.
- Se l'invalidità o il disturbo del partner si manifestano solo in determinate situazioni, la risposta a questa domanda deve riferirsi a quando il partner **non accusa un episodio o un acutizzarsi dell'invalidità o del disturbo**.
- Per aiuto s'intende ogni forma di assistenza fisica, orientamento o vigilanza.
- Per senza aiuto s'intende che il partner inizia e completa attività senza assistenza o vigilanza.

a move around the house? may use walking stick, frame, wheelchair etc. si muove per casa? può fare uso di bastone, girello, sedia a rotelle.	Without help Senza aiuto	<input type="checkbox"/> a
	With help of one person Con l'aiuto di una persona	<input type="checkbox"/> b
	With help of two people Con l'aiuto di due persone	<input type="checkbox"/> c
	Is confined to bed Costretto a letto	<input type="checkbox"/> d
b fall over indoors or outdoors (or from a wheelchair)? cade in casa o fuori (o dalla sedia a rotelle)?	Often Spesso	<input type="checkbox"/> a
	Sometimes A volte	<input type="checkbox"/> b
	Never Mai	<input type="checkbox"/> c
c move to and from bed, chairs, wheelchair and walking aids? si sposta dentro e fuori dal letto, dalla sedia, sedia a rotelle, ausili per la deambulazione?	Without help Senza aiuto	<input type="checkbox"/> a
	With some help Con un po' di aiuto	<input type="checkbox"/> b
	With a lot of help Con molto aiuto	<input type="checkbox"/> c
	Cannot do this Non ci riesce	<input type="checkbox"/> d
d have difficulty hearing others? even with hearing aids trova difficile sentire gli altri? anche con la protesi acustiche	Always Sempre	<input type="checkbox"/> a
	Often Spesso	<input type="checkbox"/> b
	Sometimes A volte	<input type="checkbox"/> c
	Never Mai	<input type="checkbox"/> d
e have difficulty seeing clearly? even with glasses trova difficile vedere chiaramente? anche con gli occhiali	Always Sempre	<input type="checkbox"/> a
	Often Spesso	<input type="checkbox"/> b
	Sometimes A volte	<input type="checkbox"/> c
	Never Mai	<input type="checkbox"/> d
f need help or attention during the night? di notte necessita di assistenza o vigilanza?	Always Sempre	<input type="checkbox"/> a
	Often Spesso	<input type="checkbox"/> b
	Sometimes A volte	<input type="checkbox"/> c
	Never Mai	<input type="checkbox"/> d

(continued) Does your partner:
(continued) Il partner:

- | | | |
|----------|---|--|
| g | have loss of bladder and/or bowel control?
incontinence
perde il controllo della vescica e/o dell'intestino?
incontinenza | Always
Sempre <input type="checkbox"/> a |
| | | Often
Spesso <input type="checkbox"/> b |
| | | Sometimes
A volte <input type="checkbox"/> c |
| | | Never
Mai <input type="checkbox"/> d |
| <hr/> | | |
| h | use continence aids or equipment?
e.g. colostomy, catheter, pads
fa uso di attrezzature/ausili per l'incontinenza?
es., sacchetto per la colostomia, catetere, pannoloni | Without help
Senza aiuto <input type="checkbox"/> a |
| | | With some help
Con un po' di aiuto <input type="checkbox"/> b |
| | | With a lot of help
Con molto aiuto <input type="checkbox"/> c |
| | | Does not use aids
Non ne fa uso <input type="checkbox"/> d |
| <hr/> | | |
| i | use the toilet?
usa il gabinetto? | Without help
Senza aiuto <input type="checkbox"/> a |
| | | With some help
Con un po' di aiuto <input type="checkbox"/> b |
| | | With a lot of help
Con molto aiuto <input type="checkbox"/> c |
| | | Cannot use a toilet
Non è in grado di usare il gabinetto <input type="checkbox"/> d |
| <hr/> | | |
| j | eat their food?
does not include meal preparation
si alimenta?
non include la preparazione dei pasti | Without help
Senza aiuto <input type="checkbox"/> a |
| | | With some help
Con un po' di aiuto <input type="checkbox"/> b |
| | | With a lot of help
Con molto aiuto <input type="checkbox"/> c |
| | | Cannot feed themselves
Non è in grado di alimentarsi da solo <input type="checkbox"/> d |
| <hr/> | | |
| k | shower, bath themselves?
far la doccia, il bagno da solo? | Without help
Senza aiuto <input type="checkbox"/> a |
| | | With some help
Con un po' di aiuto <input type="checkbox"/> b |
| | | With a lot of help
Con molto aiuto <input type="checkbox"/> c |
| | | Cannot do this
Non riesce a farlo <input type="checkbox"/> d |
| <hr/> | | |
| l | dress themselves?
e.g. buttons, zips
si veste?
es., bottoni, cerniere, ecc. | Without help
Senza aiuto <input type="checkbox"/> a |
| | | With some help
Con un po' di aiuto <input type="checkbox"/> b |
| | | With a lot of help
Con molto aiuto <input type="checkbox"/> c |
| | | Cannot do this
Non riesce a farlo <input type="checkbox"/> d |

(continued) Does your partner:
(continued) Il partner:

m	look after their grooming? e.g. shaving, caring for hair, teeth si prende cura di sé? es., farsi la barba, sistemarsi i capelli, lavarsi i denti	Without help Senza aiuto <input type="checkbox"/> a	With some help Con un po' di aiuto <input type="checkbox"/> b	With a lot of help Con molto aiuto <input type="checkbox"/> c	Cannot do this Non riesce a farlo <input type="checkbox"/> d	
n	take care of their own medication? e.g. take the right tablet at the right time assume farmaci da solo? es., prende la compressa giusta alla giusta ora?	Without help Senza aiuto <input type="checkbox"/> a	With some help Con un po' di aiuto <input type="checkbox"/> b	With a lot of help Con molto aiuto <input type="checkbox"/> c	Cannot do this Non riesce a farlo <input type="checkbox"/> d	Does not take medication Non prende medicinali <input type="checkbox"/> e
o	take care of their own treatment? e.g. oxygen, wound care, gastric feeding si prende cura da solo delle proprie terapie? es., ossigeno, medicazioni, alimentazione per via parenterale	Without help Senza aiuto <input type="checkbox"/> a	With some help Con un po' di aiuto <input type="checkbox"/> b	With a lot of help Con molto aiuto <input type="checkbox"/> c	Cannot do this Non riesce a farlo <input type="checkbox"/> d	Does not have treatment Non è sottoposto a terapie <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.

Il partner:

Per ogni affermazione alla domanda n. 9, spunti la casella che meglio descrive il grado di funzionalità del partner.

a understand what you, the carer, say? capisce quello che Lei, l'accompagnatore, dice?	Always Sempre	<input type="checkbox"/> a
	Usually Di solito	<input type="checkbox"/> b
	Sometimes A volte	<input type="checkbox"/> c
	Never Mai	<input type="checkbox"/> d
	Always Sempre	<input type="checkbox"/> a
	Usually Di solito	<input type="checkbox"/> b
b understand what other people say? capisce quello che dicono gli altri?	Sometimes A volte	<input type="checkbox"/> c
	Never Mai	<input type="checkbox"/> d
	Always Sempre	<input type="checkbox"/> a
	Usually Di solito	<input type="checkbox"/> b
c let others know how they feel and what they want? e.g. by speaking, using sign and/or communication aid fa capire come si sente e che cosa vuole? es., a parole, a gesti e/o tramite ausili per la comunicazione	Always Sempre	<input type="checkbox"/> a
	Usually Di solito	<input type="checkbox"/> b
	Sometimes A volte	<input type="checkbox"/> c
	Never Mai	<input type="checkbox"/> d
	Always Sempre	<input type="checkbox"/> a
	Usually Di solito	<input type="checkbox"/> b
d know where they are? sa dov'è?	Sometimes A volte	<input type="checkbox"/> c
	Never Mai	<input type="checkbox"/> d
	Always Sempre	<input type="checkbox"/> a
	Usually Di solito	<input type="checkbox"/> b
e know whether it is morning, afternoon or night? sa se è mattino, pomeriggio o sera?	Sometimes A volte	<input type="checkbox"/> c
	Never Mai	<input type="checkbox"/> d
	Always Sempre	<input type="checkbox"/> a
	Usually Di solito	<input type="checkbox"/> b
	Always Sempre	<input type="checkbox"/> a
	Usually Di solito	<input type="checkbox"/> b
f remember things that happened today? ricorda gli eventi del giorno?	Sometimes A volte	<input type="checkbox"/> c
	Never Mai	<input type="checkbox"/> d
	Always Sempre	<input type="checkbox"/> a
	Usually Di solito	<input type="checkbox"/> b
	Always Sempre	<input type="checkbox"/> a
	Usually Di solito	<input type="checkbox"/> b

10 Does your partner:

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

Il partner:

Per ogni affermazione alla domanda n. 10, spunti la casella che meglio descrive i comportamenti del partner.

<p>a wander away or 'run away' from home? si allontana o "scappa" di casa?</p> <hr/> <p>b shout, scream at or threaten, other people? alza la voce, urla alla gente o la minaccia?</p> <hr/> <p>c physically harm other people? causa danni fisici a terzi?</p> <hr/> <p>d damage furniture, possessions or objects? danneggia la mobilia, oggetti, effetti personali?</p> <hr/> <p>e laugh or cry without apparent reason? ride o piange senza alcuna ragione apparente?</p> <hr/> <p>f withdraw from contact with other people, or appear depressed, worried or fearful? evita il contatto con gli altri, ha l'aspetto depresso, ansioso o intimorito?</p> <hr/> <p>g deliberately harm themselves? e.g. by biting, scratching skin, hitting or banging their head si ferisce deliberatamente? es., mordendosi, graffiandosi, o sbattendo la testa</p> <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 manifesta comportamenti insoliti, impropri o ripetitivi? es., mangiare eccessivamente, far ruotare oggetti, agitare le mani, dondolarsi, chiamare o ripetere sempre la stessa cosa</p>	<p>Never Mai <input type="checkbox"/> a</p> <hr/> <p>Sometimes A volte <input type="checkbox"/> b</p> <hr/> <p>Often Spesso <input type="checkbox"/> c</p>
	<p>Never Mai <input type="checkbox"/> a</p> <hr/> <p>Sometimes A volte <input type="checkbox"/> b</p> <hr/> <p>Often Spesso <input type="checkbox"/> c</p>
	<p>Never Mai <input type="checkbox"/> a</p> <hr/> <p>Sometimes A volte <input type="checkbox"/> b</p> <hr/> <p>Often Spesso <input type="checkbox"/> c</p>
	<p>Never Mai <input type="checkbox"/> a</p> <hr/> <p>Sometimes A volte <input type="checkbox"/> b</p> <hr/> <p>Often Spesso <input type="checkbox"/> c</p>
	<p>Never Mai <input type="checkbox"/> a</p> <hr/> <p>Sometimes A volte <input type="checkbox"/> b</p> <hr/> <p>Often Spesso <input type="checkbox"/> c</p>
	<p>Never Mai <input type="checkbox"/> a</p> <hr/> <p>Sometimes A volte <input type="checkbox"/> b</p> <hr/> <p>Often Spesso <input type="checkbox"/> c</p>
	<p>Never Mai <input type="checkbox"/> a</p> <hr/> <p>Sometimes A volte <input type="checkbox"/> b</p> <hr/> <p>Often Spesso <input type="checkbox"/> c</p>
	<p>Never Mai <input type="checkbox"/> a</p> <hr/> <p>Sometimes A volte <input type="checkbox"/> b</p> <hr/> <p>Often Spesso <input type="checkbox"/> c</p>

11 You need to read this
Deve leggere quanto segue

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

La privacy e i Suoi dati personali

La riservatezza e la sicurezza dei Suoi dati personali sono importanti per noi e sono protette ai sensi di legge. Dobbiamo raccogliere tali dati in modo da poter evadere e gestire le Sue domande e le Sue prestazioni pecuniarie e prestarLe i nostri servizi. Noi condividiamo i Suoi dati con altre parti previo il Suo consenso o dove la legge lo consente o lo richiede. Per maggiori informazioni, visiti il sito servicesaustralia.gov.au/privacy

Statement / Dichiarazione

12 You must read and sign the following statement.
Lei deve leggere e firmare la seguente dichiarazione.

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.
Dichiaro che per quanto di mia conoscenza le informazioni da me fornite in questo modulo sono corrette.
Prendo atto che il rilascio di informazioni false o ingannevoli costituisce un grave reato.

Your signature
Sua firma

Date
Data

13 WHAT TO DO NOW
CHE COSA FARE ORA

- 1 Fill in your and your partner's details on the front of the Health Professional Assessment.**
Your partner must sign the front of the assessment to authorise release of medical details.
Indichi i particolari Suoi e del Suo partner sulla facciata anteriore del modulo di accertamento dell'operatore sanitario (Health Professional Assessment).
Il Suo partner deve firmare la facciata anteriore del modulo di accertamento per autorizzare il rilascio di informazioni mediche.
- 2 Phone the health professional who treats your partner, to make an appointment.**
When you make your appointment please let the treating health professional know that you require them to complete the Health Professional Assessment.
Telefoni all'operatore sanitario che ha in cura il Suo partner per fissare un appuntamento.
Quando fissa l'appuntamento chiedi all'operatore sanitario di compilare l'Health Professional Assessment.
- 3 Return this completed form and the completed Health Professional Assessment to Services Australia, International Services.**
Faccia pervenire questo modulo e il modulo denominato Health Professional Assessment a Services Australia, International Services.

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

RICHIESTA DI INFORMAZIONI – Telefoni a Services Australia, International Services al numero
+ 61 3 6222 3455 se Le serve assistenza per compilare questo modulo.