

**AANSOEK OM DIENSTE IN BADISA
FASILITEIT VIR OUER PERSONE**

Dui behoefte aan diens met 'n "X" aan:

Kamer/deelkamer behuising
(In Tehuis)

- Kamer in tehuis

☐

- Verswakte afdeling

☐

Woonstel/Behuising

- Bachelor

☐

- 1 Slaapkamer (2 persone)

☐

- 2 Slaapkamer (2 persone)

☐

Leefreg

- Bachelor

☐

- 1 Slaapkamer (2 persone)

☐

- 2 Slaapkamer (2 persone)

☐

1. **VAN:** _____

2. **VOLLE VOORNAME:** _____

3. **ID.NO:** ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

4. **GEBOORTEDATUM:** ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

5. **ADRES:** _____

WAAR WOON U TANS?

☐ Eie Woning ☐ Woonstel ☐ Kinders ☐ Hospitaal
☐ Versorgingsoord ☐ Kamer/buitekamer/Losieshuis ☐ Skuiling

6. **TELEFOON NR:** _____ (Self)

TELEFOON NR: _____ (Kontak persoon / Kind)

SELFOONNR: _____

7. **GESLAG:** Manlik ☐ Vroulik ☐
8. **RAS:** Bruin ☐ Indiër ☐ Swart ☐ Wit ☐
9. **HUWELIKSTAAT:** _____
10. **NAAM VAN LEWENSMAAT:** _____
- OF DATUM WANNEER OORLEDE, GESKEI OF VERVREEMD:** _____
11. **HUISTAAL:** _____
12. **KERKVERBAND:** _____
13. **VORIGE/HUIDIGE BEROEP:** _____
14. **PERSOON/INSTANSIE VERANTWOORDELIK VIR U BEGRAFENISKOSTE:**
- Naam: _____
- Adres: _____
- _____
- Tel no: _____
- Verwysingsnr.: _____
15. **NAAM VAN HOSPITAAL EN LÊERNO:** _____
16. **NAAM VAN MEDIESE FONDS:** _____
- NAAM VAN PLAN:** _____
- Mediese Fonds Nommer: _____
- Dokter: _____ Telnr: _____

17. **BESONDERHEDE VAN ALLE KINDERS (OF VERWANTE INDIEN GEEN KINDERS): Voltooi asb volledig**

Name	Adresse en Tel no's	Verwantskap	Beroep
[1]	Adres:		
	Tel.nr:		
	Faks nr:		
	Sel. nr:		
	E-pos:		
[2]	Adres:		
	Tel.nr:		
	Faks nr:		
	Sel. nr:		
	E-pos:		
[3]	Adres:		
	Tel.nr:		
	Faks nr:		
	Sel. nr:		
	E-pos:		
[4]	Adres:		
	Tel.nr:		
	Faks nr:		
	Sel. nr:		
	E-pos:		
[5]	Adres:		
	Tel.nr:		
	Faks nr:		
	Sel. nr:		
	E-pos:		
[6]	Adres:		
	Tel.nr:		
	Faks nr:		
	Sel. nr:		
	E-pos:		

[Heg asseblief aparte lys aan, indien ruimte onvoldoende is]

18. **HOEDANIG IS U GESONDHEID EN WATTER DIENSTE BENODIG U VAN DIE FASILITEIT? (Bv. Versorgingsdiens, wasgoeddiens, maaltye, skoonmaak ens.)**

Mediese diagnose (bv. hartkwale, hoë bloeddruk of gebreke):

Allergieë:

Het u hulp nodig ten opsigte van die volgende? (Spesifiseer)

- ☐ Mobiliteit

- ☐ Bad/was/eet/aantrek

19. **INKOMSTE**

Staatspensioen	Siviele Pensioen	Rente	Ander
☐	☐	☐	☐

20. **BESTUUR VAN FINANSIES**

- ☐ Kan dit self doen.
- ☐ Het hulp nodig.
- ☐ Word deur iemand vir my bestuur.

Indien nie self nie, verskaf die volgende besonderhede (Naam kontaknommer en verwantskap) van persoon wat hulp verleen. Die persoon wat kontraktueel verantwoordelikheid vir die inwoners se finansies neem en met wie gekontrakteer is, moet ook 'n finansiële verklaring voltooi soos aangeheg by die Aansoekvorm Pakket en bankstate voorsien.

Naam: _____

Adres: _____

Tel no: _____

20. **WANNEER WIL U OPGENEEM WORD?**

Dui aan: Dadelik

Later (Gee 'n jaar)

21. **Was u voorheen in 'n ander tehuis of versorgingsoord toegelaat?**

- Dui aan **Ja**, of **Nee**: _____ - Indien Ja, watter tydperk? _____

- Indien **Ja** dui aan die fasiliteit se besonderhede/kontakinligting?

- Verklaar wat die **redes** is waarom u die fasiliteit verlaat het:

22. **DIE ONDERGETEKENDE VERKLAAR HIERMEE:**

- Dat die gegewens in hierdie aansoekvorm verstrek, waar en juis is.
- Dat daar na opname in die fasiliteit gehou sal word by die Diensvlakkoorenkoms, die Huisreëls en Regulasies wat van tyd tot tyd gewysig mag word.

NAAM EN VAN: APPLIKANT/ GEVOLMAGTIGDE VERTEENWOORDIGER:

(Indien die applikant nie in staat is om die vorm te teken nie)

HANDTEKENING VAN APPLIKANT
(OF GEVOLMAGTIGDE/BORG)

DATUM

NAAM EN VAN: GETUIE

HANDTEKENING GETUIE

DATUM

HUIS LAFRAS MOOLMAN,
Brandstraat 29, Rawsonville, 6845
Tel nr: 023 349 1190

E-pos na: admin@huislafras.co.za