



SILWERKRUIN ACVV HUIS VIR BEJAARDES

VOORLOPIGE AANSOEKVORM VIR TOEKOMSTIGE OPNAME IN SILWERKRUIN VIR PLASING OP WAGLYS

VIR KANTOORGEBRUIK ALLEENLIK	Woonstel	
Datum aansoek ontvang: _____	Kamer (D)	
Verwysingsnommer: _____	Kamer	
	Memory Lane	

1. IDENTIFISERENDE BESONDERHEDE

Volle Naam en Van: _____

ID: _____ E-pos: _____

Adres: _____

Telefoon: _____ Sel: _____

Geslag: Dui met X aan

Vroulik	Manlik
---------	--------

Huwelikstatus: Dui met X aan
--

Getroud	Ongetroud	Weduwee/Wewenaar	Geskei/Vervreemd
---------	-----------	------------------	------------------

2. NAASBESTAANDE(S) / ALTERNATIEWE KONTAKPERSOON

A. Naam en Van: _____ Adres: _____ _____ _____ Verwantskap: _____ Tel (h): _____ Tel (w): _____ Sel: _____ Epos: _____	B. Naam en Van: _____ Adres: _____ _____ _____ Verwantskap: _____ Tel (h): _____ Tel (w): _____ Sel: _____ Epos: _____
--	--

3. HUIDIGE VERBLYF (dui aan met X)

Woon in eie huis / woonstel		Woonagtig by familie	
Huur 'n huis/woonstel/kamer		Woonagtig in 'n ander tehuis	

4. GESONDHEID

Kies een uit die volgende 5 kategorieë (A – E) wat u huidige sorgafhanklikheid die beste omskryf en voltooi soos nodig.

	EVALUERINGSKATEGORIE	VOLTOOI WAAR VAN TOEPASSING		
A	Fisies en psigies gesond. Funksioneer selfstandig.			
B	Fisies en psigies gesond, maar moet aangespoor word.	Benodig aanmoediging met persoonlike higiëne	JA	NEE
		Benodig aanmoediging met medikasie	JA	NEE
		Ander: Omskryf asseblief _____ _____ _____ _____ _____		
C	Psigies gesond, maar benodig gedeeltelike hulp en toesig met fisiese uitdagings.	Oriëntasie t.o.v. tyd, plek en persoon	JA	NEE
		Benodig hulp met persoonlike higiëne	JA	NEE
		Benodig hulp met mobiliteit	JA	NEE
		Doof of hardhorend en benodig hulp	JA	NEE
		Blind of swaksiende en benodig hulp	JA	NEE
		Benodig hulp met medikasie	JA	NEE
		Ander uitdagings: _____ _____ _____		
D	Fisies en psigies afhanklik van hulp	Oriëntasie t.o.v. tyd, plek en persoon	JA	NEE
		Kommunikasie uitdagings	JA	NEE
		Verward	JA	NEE
		Anti-sosiaal	JA	NEE
		Ander uitdagings _____ _____ _____		
E	Fisiese en psigiese uitdagings	Diagnose:		
		Geneesheer:		
		Kontaknommer:		

5. **MEDIESE FONDS (dui aan met X)**

Mediese Fonds		Naam van fonds:
Staatspatiënt		Naam van kliniek

6. **FINANSIËLE STATUS**

Merk met **X** teenoor die toepaslike verklaring en voltooi soos nodig.

	Finansiële Verklaring	Dui keuse aan met X	Voltooi waar van toepassing
1	Finansieel selfvoorsienend		
2.	Finansieel afhanklik / deels afhanklik van kinders/ verwante / ander		<u>Afhanklik van:</u> Voorletter en Van: _____ Verwantskap: _____ Kontaknommer: _____
3	Kuratorskap		Naam van kurator: _____ Kontaknommer: _____
4	Benodig addisionele subsidie van die Departement Maatskaplike Ontwikkeling		Huidige maandelikse inkomste _____ Finansiële bystand deur verwante of ander: Voorletter en Van: _____ Verwantskap: _____ Bedrag: _____ Kontaknommer: _____

7. **MELD REDE VIR OPNAME**

Hiermee verklaar ek dat die voorlopige aansoekvorm deur myself voltooi is en dat die gegewens korrek is. Volgens die Wet op Ouer Persone Nr 13 van 2006 doen ek vrywillig aansoek vir opname.

HANDTEKENING VAN AANSOEKER

GETUIE

PLEK _____

DATUM _____

Verklaring van familie/verwant (indien van toepassing):

Hiermee verklaar ek dat ek behulpzaam was met die voltooiing van die voorlopige aansoekvorm. Ek is bewus dat bogenoemde persoon vrywillig hierdie voorlopige aansoek ingedien het. Ek neem kennis dat indiening van die voorlopige aansoek nie 'n reg tot opname is nie.

NAAM EN VAN

HANDTEKENING

DATUM

GETUIE