



Tuiste vir Bejaardes

001-194 NPO

POSBUS 10405
ASTON MANOR
1630

CACTUSLAAN
ALLEN GROVE
KEMPTONPARK
1619

Epos: colleen@herfsland.co.za
lennie@herfsland.co.za
Tel: 011 972 5417/8
Faks: 011 391 2104

INLIGTING VIR NUWE AANSOEKERS

Voltooi asseblief die volgende vorms:

1. Aansoekvorm
2. Mediese sertifikaat
3. Verklaring van inkomste en bates
4. Adreslys van kinders/familie
5. Deposito, registrasie en invorderingsfooie

Handig bogenoemde vorms saam met die volgende dokumente so gou as moontlik by die verpleegdiensbestuurder in:

1. Afskrif van ID
2. Afskrif van mediese fonds kaart
3. Finansiële inligting- Bewys van inkomste: bewys van pensioen of kopie van 3 maande se bankstate (nie ouer as 3 maande)

Die volgende word aan u gegee met opname:

1. Huishoudelike reëls
2. Verblyfooreenkoms
3. Lys van benodigdhede

Die Departement van Maatskaplike Ontwikkeling vereis **bewys van inkomste** ten opsigte van elke nuwe aansoek en opname. Dit sluit in pensioenbetalings, bewyse van rente op beleggings of enige ander inkomste in.

Geen aansoek sal vir keuring oorweeg word indien bogenoemde dokumente nie volledig voltooi en ingehandig word nie.

Mev Johannie Louw
BESTUURDER



Tuiste vir Bejaardes

001-194 NPO

POSBUS 10405
ASTON MANOR
1630

CACTUSLAAN
ALLEN GROVE
KEMPTONPARK
1619

Epos: colleen@herfsland.co.za
lennie@herfsland.co.za
Tel: 011 972 5417/8
Faks: 011 391 2104

BEANTWOORD AL DIE VRAE. MAAK SLEGS 'N KRUISIE WAAR VAN TOEPASSING.

1	Van						
2	Volle voorname						
	Noemnaam						
3	Geslag	Manlik		Vroulik			
4	Geboortedatum	19	JJ	MM	DD	I.D. nr	
5	Huidige adres						
6	Kontaknommers						
7	By wie woon u tans ?						
8	Name, adresse en kontaknommers van twee naasbestaendes						
				Tel.			
				Tel.			
				Tel.			
				Tel.			
9	Huwelikstatus	Getroud		Weduwee		Geskei	
		Nooit getroud		Wewenaar		Vervreem	
10	Indien geskei, weduwee / wewenaar/vervreem sedert wanneer ?						
11	Huistaal			Kerkverband			
12	Huidige gemeente						
13	Deur wie word u tans bedien?						

14	In verband met u gesondheid :		JA	NEE
	Kan u nog sonder moeite buite rondloop ?			
	Kan u nog sonder moeite in 'n gebou rondloop?			
	Het u hulp nodig om te bad ?			
	Het u hulp nodig om aan te trek ?			
	Het u hulp nodig met eet ?			
	Het u hulp nodig met was ?			
	Is u meestal bedleënd ?			
	Het u beheer oor u uitskeidingsorgane ?			
15	Hoedanig is u gesondheidstoestand :			
	Oor die algemeen goed			
	Wisselvallig			
	Swak			
16	Het u enige besondere kwaal of gebrek soos bv. Diabetes, Epilepsie, Blindheid, Doofheid ens. (Indien JA – omskryf)		JA	NEE
17	Is daar middels waarvoor u allergies is ? (Indien JA – omskryf)		JA	NEE
18	Enige voedselsoorte wat u nie mag eet nie ? (Indien JA - omskryf)		JA	NEE
19	Wie is u Huisdokter ?			
20	Mediesefonds en plan		Mediesefonds nr	
21	Van watter apteek ontvang u medikasie ?			
22	Wanneer wil u in die Tuiste opgeneem word?			

23	Begrafnisgenootskap		Polis nr.	
24	Wie is in besit van u begrafnispolis ?			
	Verkies u:	Ter aardebestelling		Verassing

Die volgende dokumentasie MOET die aansoekvorm vergesel :

1. Afskrif van ID
2. Mediese sertifikaat
- 3 Afskrif van mediese fonds kaart
4. Verklaring van inkomste en bates
5. Finansiële inligting- Bewys van inkomste: bewys van pensioen of kopie van 3 maande se bankstate (nie ouer as 3 maande)
6. Deposito, registrasie en invorderingsfooie vorm
7. Adreslys van kinders/familie

GRONDSLAG VIR TOELATING

Ek bevestig die volgende:

- Indien ek as inwoner van die Tuiste opgeneem word, sal ek die reëls en regulasies van die Tuiste nakom en gehoorsaam.
- Die inligting vervat in hierdie aansoekvorm en in die beëdigde verklaring ten opsigte van my inkomste en bates is wesenlik en vorm die grondslag vir my toelating tot verblyf in die Tuiste, sowel as vir die vasstelling van gelde deur my betaalbaar.
- Die bestuur kan vra dat enige mediese toets, volgens voorskrif van die bestuur, uitgevoer word.

 HANDTEKENING VAN APPLIKANT /
 VERANTWOORDELIKE PERSOON

Plek _____

Datum _____



Tuiste vir Bejaardes

001-194 NPO

POSBUS 10405
ASTON MANOR
1630

CACTUSLAAN
ALLEN GROVE
KEMPTONPARK
1619

Epos: colleen@herfsland.co.za
lennie@herfsland.co.za
Tel: 011 972 5417/8
Faks: 011 391 2104

MEDIESE SERTIFIKAAT: Aansoek vir opname in 'n Tuiste vir Bejaardes
MEDICAL CERTIFICATE: Application for admission to a Home for the Aged

Moet deur mediese praktisyn voltooi word / To be completed by medical practitioner											
Volle naam van applikant Full name of applicant											
Geboorte datum Date of birth											
Identiteitsnommer Identification number											
Ras / Race				Geslag/Gender							

1. ALGEMEEN / GENERAL:

Lengte/ Height		Gewig/ Weight	
-------------------	--	------------------	--

2. SPYSVERTERINGSTELSEL / ALIMENTARY SYSTEM:

Klagtes: Slegte spysvertering / Mantelvliesbreuk / Hardlywigheid / Sooibrand	
Complaints: Indigestion / Hiatus Hernia / Constipation / heart-burn	

3. GESIGVERMOË / VISION

Klagtes: Oogpêrel / gloukoom / gesigsverlies	
Complaints: Cataracts /glaucoma / loss of vision	

2. GEHOOR / HEARING

Klagtes: Verlies	
Complaints: Loss	

3. BLOEDSOMLOOPSTELSEL / CIRCULATORY SYSTEM

A	Bloeddruk / Blood pressure	
B	Pols / Pulse	
C	Perifere sirkulasie / Peripheral circulation	
D	Sianose / Cyanosis	
E	Klagtes / Complaints	

4. **ASEMHALINGSSTELSEL / RESPIRATORY SYSTEM**

A	Spoed / Speed	
B	Lugweë / Air entry	
C	Geskiedenis van ondergrond werk History of working underground	
D	Klagtes / Complaints	

5. **SKELET-SPIER / MUSCULAR-SKELETAL SYSTEM**

A	Beweeglikheid / Gait	
B	Artritis / Arthritis	
C	Spastisiteit / Spasticity	
D	Gebrekkigheid / Deformities	
E	Bedgebonde / rystoel / stap stoel / ambulant Bedridden / wheelchair / walking aid / ambulant	

6. **GESLAG-URINE STELSEL / GENITO-URINARY SYSTEM**

A	Inkontinensie en klagtes Incontinence and complaints	
---	---	--

SLEGS VROULIKE APPLIKANTE / FEMALE APPLICANTS ONLY

Vorige Ginekologiese / Obstetriese geskiedenis Previous Gynaecological / Obstetrical history	
--	--

7. **HEPATITIS B:** **Heg aparte laboratoriumverslag aan (Vir rekening van pasiënt)**
Include separate Laboratory report (At expense of patient)

8. **SENUWEESTELSEL / NERVOUS SYSTEM**

A	Tremor / Tremors:	
B	Duiseligheid / Vertigo:	
C	Hoofpyn / Headaches:	
D	Epilepsie / Epilepsy:	
E	Perifere Neuropatie / Peripheral Neuropathy:	
F	Klagtes / Complaints:	

9. **KLIERE / GLANDS**

A	Borste / Breasts:	
B	Skildklier / Thyroid Gland:	
C	Pankreas-diabetes / Pancreas-diabetes:	
D	Prostaat / Prostate gland:	
E	Klagtes / Complaints:	

12. **GEESTESTOESTAND / MENTAL STATE**

Oriëntasie / geheue / emosionele toestand Orientation / memory / emotional state:	
--	--

13. **SLAAPPATROON / SLEEPING PATTERN**

Gaan vroeg slaap / raak moeilik aan die slaap / word vroeg wakker: Goes to bed early / has difficulty in falling asleep / awakens early:	
---	--

14. **GEWOONTES / HABITS**

A	Rook / Smoke:	
B	Alkohol / Alcohol:	
C	Lakseermiddels / dwelmmiddels / medikasie Laxatives / drugs / patent medication:	

15. **VEL / SKIN**

Letsels / Uitslag / Littekens Lesions / Rashes / Scars:	
--	--

16. **VOETE / FEET**

Eelte / Liddorings / Edeem / Naels Callosity / Corns / Oedema / Toenails	
---	--

17. **DIEET / DIET**

Sagte Diëet / Soft Diet Normale Diëet / Normal Diet	
--	--

18. **ANDER / OTHER**

A	Allergieë Allergies:	
B	Hulpmiddels: Bril, Gehoortoestel, Prostese Aids: Glasses, Hearing aid, Prosthetic Aid	
C	Operasies Operations:	

19. **HUIDIGE DIAGNOSE / PRESENT DIAGNOSIS**

20. **HUIDIGE MEDIKASIE - Voorsien asseblief 'n oorspronklike voorskrif vir uitreiking van medikasie**

PRESENT MEDICATION- Please provide an original script in addition, as required for dispensing purposes.

MEDIESE PRAKTISYN (Naam voluit)
MEDICAL PRACTITIONER (Full name)

ADRES /
ADDRESS

HANDTEKENING / SIGNATURE

DATUM / DATE

VERKLARING VAN INKOMSTE EN BATES

NAAM VAN INWONER			
INKOMSTE		MAANDELIKSE INKOMSTE	
TIPE PENSIOEN ONTVANG:	VERWYSINGS NR :	SELF	GADE
1.			
2.			
3.			
KONTANTBELEGGINGS:			
Instansie	Bedrag belê	Rente	
1.			
2.			
3.			
ENIGE ANDER INKOMSTE :			
1.			
2.			
GEEN INKOMSTE (merk met X)			
TOTAAL			
B. BATES VERKOOP/GESKENK OF DONASIES GEMAAK IN LAASTE 5 JAAR			
		DATUM	BEDRAG
1. Bates verkoop			
2. Bates geskenk			
3. Kontant geskenk			

1. Ek verklaar dat bostaande inligting deur my voorsien na die beste van my wete waar en juis is.
2. Ek, die ondergetekende, verklaar dat as dit sou blyk dat ek bates of inkomste het wat nie verklaar is nie, ek aanspreeklik sal wees om op aanvraag deur die Beheerraad betaling te doen van enige gelde wat om gemelde rede nie van my gevorder is nie. 'n Sertifikaat onderteken deur die voorsitter van die Beheerraad sal as afdoende bewys dien van die bedrag aldus deur my verskuldig. Enige sodanige eis sal ook 'n wettige eis teen my boedel wees.
3. Ek magtig die Beheerraad onherroeplik en in *rem suam* om na goeddunke ondersoek in te stel na die inligting verkry aangaande my inkomste en bates.

HANDTEKENING VAN INWONER/VERANTWOORDELIKE PERSOON

DATUM

ADRESLYS VAN KINDERS / NAASBESTAANDES

NAAM VAN INWONER :

--

NB Plaas asseblief die naam en adres van persoon wie verantwoordelik is vir kommunikasie en betaling van die inwoner, eerste op die lys.

VERWANTSKAP	NAAM EN VAN	POSADRES	STRAATADRES	KONTAKNOMMERS
				H
				W
				Cel
				Epos
				H
				W
				CEL
				Epos
				H
				W
				CEL
				Epos
				H
				W
				CEL
				Epos

DEPOSITO, REGISTRASIE EN INVORDERINGSFOOIE

1. Registrasie koste van **R350.00** per persoon is betaalbaar met opname.
2. 'n Terug betaalbare deposito van **R3 000.00** per persoon is betaalbaar met opname, wat terug betaal word met ontslag of afsterwe, nadat alle uitstaande gelde verhaal is.
4. Tydelike verblyf koste word per dag bereken.
5. Losies is vooruit betaalbaar en moet voor of op die 7de van elke maand betaal word.
6. Rente (**prima plus 2%**) sal gehef word vir agterstallige losiesrekeninge.
6. **R75.00** sal gehef word vir invordering van losies gelde indien dit nie betaal is voor of op die 7de van die maand nie.

Geteken op hierdie _____ dag van _____ 20____ te _____

HANDTEKENING VAN APPLIKANT /
VERANTWOORDELIKE PERSOON