

[Type here]



'n Geregistreerde welsynsorganisasie

Fondsinsamelingsnommer: 001-619 NPO | Registrasienuommer: 1929/001702/088 (soos van toepassing)

## AANSOEK VIR BEHUISING

LW: Beantwoord die vrae volledig en trek 'n kruisie in die blokkie waar van toepassing

<input type="checkbox"/>	Huis Johannes Postmus	Mackenzestraat 215 Brooklyn 0084	Tel: 012 346 2418
<input type="checkbox"/>	Machteld Postmus	Alexanderstraat 372 Brooklyn 0084	Tel: 012 346 2418
<input type="checkbox"/>	Frans Boshoff	Mackenzestraat 225 Brooklyn 0084	012 346 2418
<input type="checkbox"/>	Annie Schilz, Uit en Tuis Evelyn Vermooten	Soutpansbergweg 180 Riviera 0084	012 329 3707

Woonstelle     Behuising     Losies     Koop     Huur

### Riglyne vir voltooiing van aansoekvorm

1. Voltooi elke vraag so volledig moontlik.
2. Heg 'n afskrif van die aansoeker se ID-dokument aan, asook voor & agterkant van mediesefondskaart.
3. Die aansoek moet verkieslik vergesel word van 'n predikant se getuigskrif.
4. Voltooi Bylaag A (verklaring van inkomste en bates en laste) asook Bylaag A1, laat dit beëdig deur Kommissaris van Ede.
5. **Heg 3 maande se bankstate van aansoeker aan.**
6. Die geneeskundige verslag (Bylaag B) moet deur 'n geneesheer voltooi word en kan in Afrikaans of Engels voltooi word.
7. Inligting van kinders/naasbestaendes moet pos-, woon-, epos adres, telefoon en selfoonnommers insluit.
8. Voltooi en onderteken Bylaag C.
9. Nadat aansoek volledig voltooi is, skakel en reël 'n onderhoud met betrokke bestuurder.
10. Met opname, moet die opskortende voorwaarde van die Ooreenkoms en Borgakte voltooi wees.

## PERSOONLIKE INLIGTING VAN AANSOEKER

(Gebruik blokletters)

Van: \_\_\_\_\_

Nooiensvan: \_\_\_\_\_  
(indien van toepassing)

Voorname: \_\_\_\_\_

Noemnaam: \_\_\_\_\_

Identiteitsnommer: \_\_\_\_\_

Geboortedatum:     JJJJ | MM | DD     Ouderdom: \_\_\_\_\_

Geslag:  Manlik  Vroulik

Ras:  Wit  Kleurling  Swart  Indiër

Getroud  Wewenaar | Weduwee

Huwelikstaat:  Nooit getroud  Geskei | vervreemd

Indien getroud – volle name van eggenoot/e \_\_\_\_\_

Indien wewenaar | weduwee of geskei, sedert wanneer?     JJJJ | MM | DD    

Waar woon u tans?  Eie plek  Kinders  Aftree oord  Ouetehuis

Woonadres: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Selfoonnommer: \_\_\_\_\_ Huistelefoonnommer: \_\_\_\_\_

Huistaal: \_\_\_\_\_

Kerkverband: \_\_\_\_\_ Gemeente: \_\_\_\_\_

Predikant | Pastoor se naam: \_\_\_\_\_ Telefoonnommer: \_\_\_\_\_

Naam van huisdokter: \_\_\_\_\_ Telefoonnommer: \_\_\_\_\_

Beroepsagtergrond: Beroep tydens produktiewe jare? \_\_\_\_\_

Beroep van eggenoot | e \_\_\_\_\_

Stokperdjies | belangstellings: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



**BESONDERHEDE VAN KINDERS OF NAASBESTAANDES**

Van: \_\_\_\_\_ Voorletters: \_\_\_\_\_

Noemnaam: \_\_\_\_\_ ID nommer: \_\_\_\_\_

Posadres: \_\_\_\_\_

Woonadres: \_\_\_\_\_

Telefoonnommer (h): \_\_\_\_\_ Telefoonnommer (w): \_\_\_\_\_

Selfoonnommer: \_\_\_\_\_ Epos: \_\_\_\_\_

Verwantskap: \_\_\_\_\_

Van: \_\_\_\_\_ Voorletters: \_\_\_\_\_

Noemnaam: \_\_\_\_\_ ID nommer: \_\_\_\_\_

Posadres: \_\_\_\_\_

Woonadres: \_\_\_\_\_

Telefoonnommer (h): \_\_\_\_\_ Telefoonnommer (w): \_\_\_\_\_

Selfoonnommer: \_\_\_\_\_ Epos: \_\_\_\_\_

Verwantskap: \_\_\_\_\_

Van: \_\_\_\_\_ Voorletters: \_\_\_\_\_

Noemnaam: \_\_\_\_\_ ID nommer: \_\_\_\_\_

Posadres: \_\_\_\_\_

Woonadres: \_\_\_\_\_

Telefoonnommer (h): \_\_\_\_\_ Telefoonnommer (w): \_\_\_\_\_

Selfoonnommer: \_\_\_\_\_ Epos: \_\_\_\_\_

Verwantskap: \_\_\_\_\_

Van: _____	Voorletters: _____
Noemnaam: _____	ID nummer: _____
Posadres: _____	
Woonadres: _____	
Telefoonnummer (h): _____	Telefoonnummer (w): _____
Selfoonnummer: _____	Epos: _____
Verwantskap: _____	
Watter kind   naasbestaande is die 1ste kontak? _____	
Watter kind   naasbestaande is die finansiële kontak? _____	
Waarheen moet u pos gestuur word? <input type="checkbox"/> Kamer <input type="checkbox"/> Ander adres    _____	

Geliewe kennis te neem dat die tehuis die voorreg behou om aansoek volledig te her-evalueer voordat enige plasing gedoen word.

Hiermee verklaar ek dat die gegewens in hierdie aansoekvorm verstrek tot die beste van my wete waar en juis is. Ek onderneem ook dat, indien ek as 'n inwoner opgeneem word, ek my sal neerlê by die voorwaardes en riglyne van die tehuis.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Handtekening

VERKLARING VAN INKOMSTE

Volle naam en van:															
ID nommer:	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>														

A	BRUTO INKOMSTE (Bewyse moet aangeheg word)			MAANDELIKSE BEDRAG	
<b>1</b>	<b>Pensioenfondsnaam</b>	<b>Pensioen-nommer</b>	<b>Self</b>	<b>Eggenoot</b>	
1.1					
1.2					
<b>2</b>	<b>Beleggings</b>				
	<b>Instansie</b>	<b>Bedrag belê</b>	<b>Rentekoers</b>	<b>Self</b>	<b>Eggenoot</b>
2.1					
2.2					
2.3					
<b>3</b>	<b>Ander bronne van inkomste</b> (spesifiseer)		<b>Self</b>	<b>Eggenoot</b>	
3.1					
3.2					
<b>4</b>	<b>Geen inkomste</b> (dui aan met X)				
	TOTAAL PER MAAND				
<b>B</b>	<b>BATES VERVREEM EN/OF GESKENK DIE AFGELOPE 5 JAAR</b>				
		<b>Datum</b>	<b>Waarde</b>		
<b>1</b>	<b>Bates verkoop</b>				
<b>2</b>	<b>Bates geskenk</b>				
<b>3</b>	<b>Kontant geskenk</b>				

Verklaring: Ek verklaar dat die inligting hierbo deur my verskaf na die beste van my wete waar en juis is.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Handtekening van aansoeker

Geteken en beëdig voor my hierdie \_\_\_\_ dag van \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_, deur bogemelde deponent wie verklaar het dat hy/sy geen beswaar het teen die aflegging van die eed nie, of om in die alternatief 'n plegtige verklaring af te lê (skraap wat nie van toepassing is nie) en dat die inligting verstrekk volledig is en in alle opsigte waar en korrek is.

Kommissaris van Ede	Ampstitel

Volle naam:	_____
Fisiese adres:	_____
	_____



<b>Assessering deur Departementele Keuringsbeampte</b>	
Inkomste: _____	Inkomstegroep: _____
Naam: _____	Rang: _____
Datum: _____	

**Geneeskundige verslag ten opsigte van 'n applikant vir opname  
in 'n tehuis vir bejaardes**  
(Moet deur geneesheer voltooi word)

<b>1.</b>	<b>Naam van pasiënt:</b>	_____		
	Geboortedatum:	J J J J   M M   D D	Ouderdom: _____	
<b>2.</b>	<b>Naam van huisdokter:</b>	_____		
	Adres:	_____		
	Telefoonnommer:	_____		
<b>3.</b>	<b>Algemene ondersoek:</b>			
(a)	Liggaamlike- en voedingstoestand:	_____		
(b)	Enige aansteeklike siektes?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	
(c)	Operasies ondergaan en wanneer:			
	<b>Operasie</b>	<b>Datum</b>		
	_____	_____		
	_____	_____		
	_____	_____		
(d)	Geestelike vermoëns:	<input type="checkbox"/> Goed	<input type="checkbox"/> Matig	<input type="checkbox"/> Sleg
(e)	Gewoontes: Rook – per dag?	_____	Drank – per dag week	_____
<b>4.</b>	<b>Kardiovaskulêr</b>			
(a)	Bloeddruk:	_____	Pols: _____	
(b)	Het die pasiënt ooit miokardiale isgemiese klagtes gehad?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	
	Indien ja, gee besonderhede:	_____		
(c)	Is daar hartversaking?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	
(d)	Pasaangeër?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	



**5. Respiratoriese stelsel**

- (a) Respiratoriese of kardio asma:  Ja  Nee \_\_\_\_\_
- (b) Kroniese brongitis:  Ja  Nee \_\_\_\_\_
- (c) Emfiseem:  Ja  Nee \_\_\_\_\_
- (d) Tuberkulose:  Ja  Nee \_\_\_\_\_
- (e) Ander: \_\_\_\_\_

**6. Spysverteringstelsel**

- (a) Lewersiektes:  Ja  Nee \_\_\_\_\_
- (b) Ulkus:  Ja  Nee \_\_\_\_\_
- (c) Kolon probleme:  Ja  Nee \_\_\_\_\_
- (d) Ander:  Ja  Nee \_\_\_\_\_
- (e) Spesiale dieet: \_\_\_\_\_

**7. Urogenitale stelsel**

- (a) Inkontinensie:  Ja  Nee \_\_\_\_\_
- Indien ja, het die pasiënt 'n permanente kateter?  Ja  Nee \_\_\_\_\_
- (b) Urine toets: \_\_\_\_\_

**8. Sentrale Senuweestelsel**

- (a) Epilepsie:  Ja  Nee Indien ja, watter vorm? \_\_\_\_\_
- (b) Parkinsonisme:  Ja  Nee \_\_\_\_\_
- (c) Demensie:  Ja  Nee \_\_\_\_\_
- Indien wel, meld graad (bv gedragsverandering, vergeetagtigheid, rusteloosheid, disoriëntasie ten opsigte van plek, tyd, persoon)
- \_\_\_\_\_
- (d) Depressiewe aanvalle:  Ja  Nee \_\_\_\_\_
- (f) Ander. Spesifiseer: \_\_\_\_\_

**9. Sintuie**(a) Gehoor: Goed Swak \_\_\_\_\_(b) Dra pasiënt 'n gehoorapparaat? Ja Nee \_\_\_\_\_(c) Gesigsvermoë: Goed Swak \_\_\_\_\_(d) Dra pasiënt 'n bril? Ja Nee \_\_\_\_\_**10. Endokriene stelsel**(a) Diabetes Mellitus Ja Nee \_\_\_\_\_(b) Skildklier Ja Nee \_\_\_\_\_

(c) Ander \_\_\_\_\_

**11. Gewrigte**Enige vorm van artritis of osteoperose? Ja Nee \_\_\_\_\_**12. Liggaamlike verswakking****(a) Graad van fisiese hulpbehoewendheid (0-100%)**

(i) Mobiliteit \_\_\_\_\_

(ii) Persoonlike higiëne (bad) \_\_\_\_\_

(iii) Eet en drink \_\_\_\_\_

(iv) Aantrek \_\_\_\_\_

**(b) Is applikant:**(i) Bedlêend: Ja Nee \_\_\_\_\_(ii) Gebruik rolstoel: Ja Nee \_\_\_\_\_(iii) Afhanklik van loopapparaat: Ja Nee \_\_\_\_\_**(c) Gestremdheid** Ja Nee \_\_\_\_\_**13. Enige ander siektes wat nie in die verslag genoem word nie (bv porfirie)**


---



---

**14. Spesialiste verslae** (Afskrifte moet aangeheg word waar moontlik)

**15. Medisyne tans gebruik**

---

---

---

---

---

Enige allergieë?  Ja  Nee \_\_\_\_\_

Besoek pasiënt tans enige buite-pasiënte kliniek | hospitaal?  Ja  Nee

Indien ja, verskaf besonderhede van kliniek | hospitaal: \_\_\_\_\_

**16. Algemene opmerkings**

---

---

---

---

---

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Handtekening van geneesheer

## Medical report in respect of an applicant for admission in a home for the aged

(to be completed by a medical practitioner)

<b>1.</b>	<b>Name of patient:</b>	_____	
	Date of birth:	_____	Age: _____
<b>2.</b>	<b>Name of general practitioner:</b>	_____	
	Address:	_____	
	Telephone number:	_____	
<b>3.</b>	<b>General examination</b>		
(a)	Physical and nutritive condition:	_____	
(b)	Any contagious diseases”	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
(c)	Operations:		
	<b>Operation</b>	<b>Date</b>	
	_____	_____	
	_____	_____	
	_____	_____	
(d)	Mental abilities	<input type="checkbox"/> Good	<input type="checkbox"/> Moderate <input type="checkbox"/> Not good
(e)	Habits:	Smoke – per day _____	Liquor – per day   per week _____
<b>4.</b>	<b>Cardio vascular</b>		
(a)	Blood pressure:	_____	Pulse: _____
(b)	Has the patient ever had any myocardial ischemic complaints?	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
	If yes, give details	_____	
(c)	Does the patient have heart failure?	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
(d)	Does the patient have a pacemaker?	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No

**5. Respiratory System**(a) Respiratory or cardio asthma: Yes No \_\_\_\_\_(b) Chronicle bronchitis Yes No \_\_\_\_\_(c) Emphysema Yes No \_\_\_\_\_(d) Tuberculosis Yes No \_\_\_\_\_

(e) Other \_\_\_\_\_

**6. Digestive System**(a) Liver disease Yes No \_\_\_\_\_(b) Ulcer: Yes No \_\_\_\_\_(c) Intestinal complaints: Yes No \_\_\_\_\_(d) Other: Yes No \_\_\_\_\_

(e) Special dietary requirements: \_\_\_\_\_

**7. Urogenitale stelsel**(a) Incontinence: Yes No \_\_\_\_\_If yes, does the patient have a permanent catheter? Yes No \_\_\_\_\_

(b) Urine test: \_\_\_\_\_

**8. Central nervous system**(a) Epilepsy: Yes No If yes, which form? \_\_\_\_\_(b) Parkinsons Yes No \_\_\_\_\_(c) Dementia: Yes No \_\_\_\_\_

If so, what grade (e.g. disorientation in terms of time, date, place, behaviour changes, forgetfulness, restless)

(d) Depression Yes No \_\_\_\_\_

(f) Other: Specify: \_\_\_\_\_

**9. Senses**

- (a) Hearing  Good  Weak \_\_\_\_\_
- (b) Does the patient wear a hearing aid?  Yes  No \_\_\_\_\_
- (c) Sight  Good  Weak \_\_\_\_\_
- (d) Does the patient wear glasses?  Yes  No \_\_\_\_\_

**10. Endocrine system**

- (a) Diabetes Mellitus  Yes  No \_\_\_\_\_
- (b) Thyroid  Yes  No \_\_\_\_\_
- (c) Other \_\_\_\_\_

**11. Joints**

Any form of arthritis or osteoporosis?  Yes  No \_\_\_\_\_

**12. Bodily impairment****(a) Degree of physical indigence (0 – 100)**

- (i) Mobility: \_\_\_\_\_
- (ii) Personal hygiene (bathing): \_\_\_\_\_
- (iii) Eat and drink: \_\_\_\_\_
- (iv) Dressing: \_\_\_\_\_

**(b) Is the applicant:**

- (i) Confined to bed?  Yes  No \_\_\_\_\_
- (ii) Use a wheel chair?  Yes  No \_\_\_\_\_
- (iii) Dependant on a walking apparatus:  Yes  No \_\_\_\_\_

**(c) Disabled**  Yes  No \_\_\_\_\_

**13. Any other ailments not mentioned above (e.g. porphyria)**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**14. Specialist reports** (Copies must be attached if possible)

**15. Current medications**

---

---

---

---

---

Any allergies Yes No

Does patient visit any out patient clinic | hospital? Yes No

If yes, provide information of the out patient client | hospital:

---

---

**16. General Remarks**

---

---

---

---

---

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Signature of general practitioner

**Ons Tuis**  
**Algemene voorwaardes en riglyne by opname in die tehuis soos**  
**bepaal deur die bestuur**

1. Die huur|heffing beloop tans R \_\_\_\_\_ per maand.
  - a. Hierdie tarief is onderhewig aan die jaarlikse aanpassing, na gelang van inflasie en algemene ekonomiese faktore, insoverre dit die bedryf van die kompleks affekteer.
  - b. Heffing/Losies is maandeliks vooruitbetaalbaar voor die 7de van elke maand.
2. Met opname moet opgeskorte voorwaardes van die Ooreenkoms en Borgakte voltooi word.
3. **Indien 'n INWONER die BEHUISINGSKOMPLEKS permanent wil verlaat, word 1 kalendermaand skriftelike kennisgewing vereis, gerig aan Die Bestuurder van die TEHUIS.**
  - a. Kennisgewing sal geskied minstens voor of op die eerste of laaste besigheidsdag van die voorafgaande maand (Saterdag/Sonday/Publieke vakansiedae word nie as besigheidsdae gereken nie)
  - b. Geen heffing of huurgelde sal terugbetaal word wanneer die INWONER die kompleks verlaat of te sterwe kom nie.
4. Tydens enige tydelike afwesigheid, vir welke periode ook al, van die kamer/woonstel, moet volle heffing/losies betaal word.
5. 'n Administratiewe fooi is met inname betaalbaar en is nie terugbetaalbaar nie.
6. Geen fooitjies mag aan personeel gegee word vir dienste gelewer nie.
7. Geen INWONER mag onder 'n verkeerde indruk gebring word ten opsigte van die soort inwoning waarheen hy of sy gebring word nie.
8. Die Bestuur behou die reg voor om die eerste maand na opname as 'n proef tydperk te beskou. Indien dit blyk dat die INWONER nie vir BEHUISING kwalifiseer nie, sal die Bestuurder geregtig wees om die Ooreenkoms te kanselleer.
9. Die voorsiening van klere en ander benodighede is nie die verantwoordelikheid van die tehuse/kompleks nie  
  
Die kompleks aanvaar geen verantwoordelikheid vir skade of diefstal van u besittings in u wooneenheid nie.
10. Dit is die verantwoordelikheid van die INWONER om mediese rekords by die kantoor op datum te hou.
11. Geen personeelid óf INWONER, óf enige ander persoon, mag medisyne of drank vir 'n INWONER aankoop nie.
12. Enige probleme of klagtes moet onder die aandag van die Bestuurder van die kompleks aangebring word.
13. Honde, katte of duiwe mag nie deur INWONERS aangelok, gevoer of aangehou word nie.
14. Ter wille van veiligheidsmaatreëls mag INWONERS of besoekers glad nie in die gebou rook nie.
15. Die bestuur is nie aanspreeklik vir beserings wat INWONERS in die woonstel/kamer of op die terrein opdoen nie.
16. Die bestuur sowel as die personeel stel hulle ten doel om gelukkige INWONERS te huisves wat daaglik nog met hulle onderskeie talente en beleë kennis bydraes maak op verskeie terreine.
17. Indien 'n inwoner gaan kuier kan geen etes gehou word of deur sy kinders/familie na hulle geneem word nie.
18. **Indien op aansoekvorm enige valse verklaring afgelê is, sal die Ooreenkoms onmiddellik beëindig word.**



19. Indien 'n INWONER van die BEHUISINGSKOMPLEKS nie gesag gee aan die huishoudelike en algemene voorwaardes en riglyne nie, het die bestuur die reg om sodanige INWONER verdere verblyf in die kompleks te beëindig, op 30 dae skriftelike kennisgewing.
20. Wanneer 'n INWONER verswak en die Bestuurder van mening is dat voortsetting van inwoning in selfstandige behuising nie verder wenslik is nie, sal die Bestuurder van die kompleks sowel as die maatskaplike werker, die INWONER besoek ten einde verslae saam te stel. Daarna word dit met die INWONER sowel as hul kinders (indien van toepassing) bespreek. Oorplasing na enige van ons versorgingseenhede gereël.

Dit staan egter die INWONER vry om na 'n Versorgingssoord van eie keuse te gaan.

Indien die INWONER (sowel as kinders, indien van toepassing) nie instem tot oorpasing nie, sal die INWONER met skriftelike kennisgewing die wooneenheid moet opsê.

Ons dank u vir u samewerking

**Geteken namens die Direksie van ONS TUIS 00**

Hiermee erken en aanvaar ek \_\_\_\_\_ dat bogenoemde voorwaardes gelees is en ondergetekende die voorwaardes soos uiteengesit aanvaar.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Handtekening

**GETUIES**

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Handtekening

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Handtekening

Indien geteken namens aansoeker - meld rede

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_