



LAT WIEL

SELF - HELP CENTRE FOR QUADRIPLÉGICS
SENTRUM VIR KWADRUPLEE

P.O. Box/Posbus 31267 Wonderboompoort 0033
123 Green Street/Straat 123 Parktown 0084
Tel: (012) 335 6802 Fax: (012) 335 6802

Fundraising Act. No./Wet op Fondsinsameling Verw. NPO 005 626

APPLICATION FOR ACCOMMODATION
AANSOEK OM VERBLIF

LAT WIEL SELF HELP CENTRE FOR QUADRIPLÉGICS
LAT WIEL SELF-HELP SENTRUM VIR KWADRUPLEE

Complete this form & attach a current CV and Bankstatements for the last 3 months.
Voltooi die vorm, heg u huidige CV aan en verskaf Bankstate vir afgelope 3 maande.

Please return it to Lat Wiel Self-Help Centre.

Stuur terug na Lat Wiel Self-Help Sentrum.

123 Green Str, Parktown, 0084

(If this form is not fully completed, no CV and Bankstatements are attached, it will not be accepted)

(Indien hierdie vorm nie volledig ingevul is nie, of geen CV en Bankstate aangeheg is nie, sal die aansoek nie aanvaar word nie)

Personal details / Persoonlike besonderhede:

Name / Naam:

.....

Address / Adres:

.....

.....

.....

Tel no.: Cell no:

Sex / Geslag: E-mail:

Date of Birth / Geboortedatum:

Nationality / Nasionaliteit:

Religious affiliation / Kerkverband:

Home language / Huistaal:

Identity number / Identiteitsnommer:

Marital Status / Huwelikstatus:

Type of accident or illness / Meld aard van ongeluk of siekte:

.....

Level of injury / Ernstigheid van besering:

.....

Communication / Kommunikasie: Any problems with / Enige problem met;

Speech / Spraak:

.....

Sight / Sig:

.....

Hearing / Hoor:

.....

FINANCIAL SITUATION / FINANSIËLE OMSTANDIGHEDE:

Pension and/or other income (state type and amount) / Pension en/of enige ander inkomste:

.....

.....

DGW / MPO no:

.....

Do you have any other source of income / Het u enige ander bron van inkomste?

.....

.....

Current monthly rent or boarding / Huidige maandelikste huur of losies:

.....

Insurance (monthly premium) / Versekering (maandelikse premie):

.....

Other regular expenses / Ander gereelde uitgawes:

.....

.....

Outstanding balance of all possible debts / Uitstaande balans van enige moontlike skulde:

.....

.....

Do you belong to a medical aid society / Behoort u aan 'n mediese skema?

.....

.....
Do you have a will? / Het u 'n teatament?:
.....

If yes, name and address of curator / Indien ja, verskaf naam en adres van kurator
.....

EDUCATIONAL QUALIFICATIONS / OPVOEDKUNDIGE KWALIFIKASIES

Highest standard passed / Hoogste standerd geslaag:
.....

Higher education: University, College, etc / Na-skoolse opleiding: Universiteit, Kollege, ens
.....
.....

Qualification attained / Kwalifikasie behaal:
.....

Do you study at the moment? / Studder u tans?
.....

If yes, what and where? / Indien Ja, wat en waar?
.....
.....

What kind of work did you do before your accident/illness? / Watter tipe werk het u voor die ongeluk / siekte gedoen?
.....
.....

Are you employed and what is the nature of your work? / Werk u tans en wat is die aard van u werk?
.....
.....

Have you been found guilty of any crime? / Is u voorheen skuldig bevind aan enige misdaad?
.....

If so, please provide details / Indien Ja verstrek besonderhede:
.....
.....

.....

LEISURE TIME UTILISATION / VRYETYDSEBESTEDING:

Hobbies / Stokperdjies:

.....

.....

Interests / Belangstellings:

.....

.....

GENERAL / ALGEMEEN

Name, address, and relationship (if applicable) of persons or institution in whose care you are at present:

Naam, adres en verwantskap (indien toepaslik) van persoon of inrigting in wie se sorg u tans is:

.....

.....

.....

Who pays your boarding / Wie betaal u losies?

.....

Do you have a pressure sore? / Het u tans druk sere?

.....

Do you regularly have pressure sores? / Het u gereeld druk sere?

.....

Do you have a battery-operated wheelchair? / Het u 'n elektriese rolstoel?

.....

Please state any other factors, which is relevant to this application. / Meld asb. enige faktore wat by u aansoek in aanmerking geneem moet word.

.....

.....

.....

I hereby certify that all information contained in this application, is true and correct. If my application is successful, I will unconditionally abide by all rules and conditions set by Lat Wiel, Self-Help Centre.

Ek verklaar dat alle inligting vervat in hierdie aansoek korrek en juis is. Indien my aansoek suksesvol is, onderneem ek om my onvoorwaardelik te onderwerp aan alle reëls en voorwaardes wat die Lat Wiel Self – Help Sentrum aan my mag stel.

One calendar month's notice must be given on either side. / Een kalender maand kennisgewing moet gegee word vanaf beide partye.

Signature / Handtekening:

Signed at / Geteken te:

Witness / Getuie: 1.....

Witness / Getuie: 2.....

Date / Datum:

CONFIDENTIAL MEDICAL REPORT/ KONFIDENTIËLE MEDIËSE VERSLAG

A medical doctor must complete this report / 'n Mediese dokter moet hierdie verslag voltooi.

Name of physician / Naam van geneesheer:

.....

Physical diagnosis and background / Fisiese diagnose en agtergrond:

.....

Cause of disability / Oorsaak van gebrek:

.....

Date of accident/onset of illness / Datum van ongeluk / siekte:

.....

Treatment already received / Behandeling reeds ontvang:

.....

Recommended further treatment: / Voorgestelde verdere behandeling:

.....

Mass of person / Massa van persoon:

.....

CURRENT PHYSICAL CONDITION / HUIDIGE FISIESE KONDISIE

Has the person retained functional use of both hands, only left, only right? Het die person funksionele gebruik verkry in beide, slegs linker-, slegs regter- hand/e

.....

Eating / Eet:

1. Does he/she have to be fed? / Moet die person gevoer word?

.....

2. Is he/she independent after cutting the food? / Is die persoon onafhanklik na kos opgesny is?

.....

3. Is he/she self sufficient with splint and spoon / Is die persoon vertrou met 'n spalk en lepel:

.....

4. Is he/she able to drink by self or with straw? / Kan die persoon by hom/haarself drink of met strooitjie?

.....

Washing / Was:

1. Does he/she have to be lifted onto a shower chair? / Moet die persoon opgelig word in 'n stort stoel?

.....

2. Does he/she need to be bed washed? / Moet die persoon gewas word in die bed?

.....

Dressing / Aantrek:

1. Does he/she have to be dressed? / Moet die persoon aangetrek word?

.....

2. Can he/she dress with assistance? / Kan die persoon met hulp aantrek?

.....

Does the person need assistance in using the toilet? / Het die persoon hulp nodig met die gebruik van die toilet?

.....

If yes, specify / Indien ja, spesifiseer

.....

COMMUNICATION / KOMMUNIKASIE:

Does he/she have problems with speech, sight, hearing, etc.? / Het die persoon problem met spraak, sig, gehoor ens.?

.....

.....

GENERAL / ALGEMEEN:

Allergies / Allergieë:

.....

Does he/she suffer from any problems with ears, eyes, nose, throat, mouth or teeth? / Het die persoon enige probleme met ore, oë, neus, keel, mond of tande?

.....

.....

Cardio-vascular system / Kardio-vaskulêre sisteem:

.....

Lungs / Longe:

.....

Abdomen / Buik:

.....

Urinal system / Uriene stelsel:

.....

OTHER ILLNESSES / ANDER SIEKTE TOESTANDE:

Tuberculosis / Tuberkulose:

.....

Wrist (arthritis) / Atritus in gewrigte:

.....

Muscular dystrophy / Spier distrofie:

.....

Other / Ander:

.....

PROGNOSIS / PROGNOSE:

Would you recommend that the person be admitted to a home where care would be available? / Sal u aanbeveel dat die persoon in 'n huis sal kan bly waar daar versorging is?

.....

Do you recommend therapeutic treatment? (Occupational/Physiotherapy)? / Sal u terapeutiese behandeling voorstel? (Arbeidsterapie / Fisio)

.....

What is the person's prognosis in your opinion? / Wat is die persoon se prognose in u opinie?

.....

Name and address of Physician / Naam en adres van Geneesheer:

.....

.....

.....

Date / Datum:

Signature / Handtekening: