

AANSOEKVORM VIR TOELATING TOT OPNAME IN HUIS WITTEKRUIN

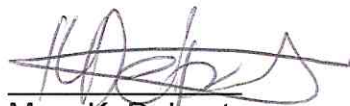
Die volgende vorms moet volledig voltooi word:

1. Aansoekvorm, bladsy 1 - 5
2. Geneeskundige Verslag, bladsy 1 - 6;
3. Moca Vorm;
4. Verslag van Maatskaplike werker, bladsy 1 - 4;
5. Finansiële Verklaring: Kliënt, bladsy 1 - 4;
6. Finansiële Verklaring: Gevolmagtigde/Borg, bladsy 1 - 4;
7. Evaluering van graad van Verswaktheid, bladsy 1 - 5 [Maatskaplike Werker]
8. DQ98 vorm, bladsy 1 - 6; [Maatskaplike Werker]

Dit bly die verantwoordelikheid van die aansoeker of sy/haar familie om die inligting en die dokumentasie soos verlang, te verskaf. Alle vorms moet asseblief volledig ingevul word.

Dit bly die verantwoordelikheid van die aansoeker om die Tehuis op hoogte te hou van verandering in gesondheid toestand, aangesien dit bepalend is vir besluite oor opname.

Met vriendelike groete.
Die uwe



Mev. K. Delport
BESTUURDER



AANSOEK OM DIENSTE IN BADISA FASILITEIT VIR OUER PERSONE

FASILITEIT SE NAAM:

HUIS WITTEKRUIN

Uranusstraat

VREDENBURG

7380

Tel.: 022 - 713 2230/9

E-pos: ontvangs@wittekruiin.co.za

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

Kamer/deelkamer behuising
(In Tehuis)

- Onafhanklike diens "Independent Living"

☐

- Ondersteunende diens "Assisted Living"

☐

- Versorgingsdiens "Frail Care"

☐

Woonstel/Behuising

- Onafhanklike diens "Independent Living"

☐

- Ondersteunende diens "Assisted Living"

☐

- Versorgingsdienste "Frail Care"

☐

Leefreg

- Onafhanklike diens "Independent Living"

☐

- Ondersteunende diens "Assisted Living"

☐

- Versorgingsdienste "Frail Care"

☐

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. AANSOEKER: SEL. NOMMER: _____

E-POS: _____

7. PERSOON / KIND WAT NAMENS U GEKONTAK KAN WORD IVM U AANSOEK:

NAAM & VAN: _____

SEL. NOMMER: _____

E-POS: _____

8. GESLAG: ☐ Manlik ☐ Vroulik9. RAS: ☐ Bruin ☐ Indiër ☐ Swart ☐ Wit

10. HUWELIKSTAAT: _____

11. NAAM VAN LEWENSMAAT: _____

OF DATUM WANNEER OORLEDE, GESKEI OF VERVREEMD: _____

12. HUISTAAL: _____

13. KERKVERBAND: _____

14. VORIGE/HUIDIGE BEROEP: _____

15. PERSOON/INSTANSIE VERANTWOORDELIK VIR U BEGRAFENISKOSTE:

Naam: _____

Adres: _____

Tel no: _____

Verwysingsnr.: _____

16. NAAM VAN HOSPITAAL EN LÊERNO: _____

17. NAAM VAN MEDIESE FONDS: _____

NAAM VAN PLAN: _____

Mediese Fonds Nommer: _____

Dokter: _____ Tel.nr: _____

18. BESONDERHEDE VAN ALLE KINDERS (OF VERWANTE INDIEN GEEN KINDERS):

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]

19. 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 _____

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: _____

21. WANNEER WIL U OPGENEEM WORD?

Dui aan:	Dadelik	☐
	Binne 3 maande	☐
	Binne 6 maande	☐
	Later	☐

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

- Dui aan **Ja** of **Nee**: _____
- Indien **Ja** dui aan die fasiliteit se besonderhede/kontakinligting?

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

23. **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 Diensvlakooreenkoms, 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

**GENEESKUNDIGE VERSLAG VIR TOELATING TOT
TEHUIS/VERSWAKTE AFDELING**

1. VOLLE NAAM EN VAN: _____

2. OUDERDOM: _____

3. APPLIKANT SE MEDIESE GESKIEDENIS EN VORIGE BEHANDELING:

4. ALGEMENE ONDERSOEK:

Bloeddruk lesing: _____

HB Lesing: _____

HGT Lesing: _____

4.1 Algemene liggaamlike toestand:

4.2 Asemhalingstelsel:

4.3 Hart- en bloedvatstelsel:

4.4 Urinêrestelsel (Urinetoets asb.):

INKONTINENT	Ja	Nee
-------------	----	-----

Indien "Ja," Spesifiseer inkontinente produkte:

4.5 **Spysvertering en ander abdominale stelsels:**

4.6 **Spier- en skeletstelsel:** [Meld enige afwykings]

4.7 **Sentrale senustelsel:**

4.8 **Endokriene stelsel:**

4.9 **Ander toestande:** [Ly die pasiënt aan enige van die volgende?]

- | | | |
|------------------------------------|--|---|
| ☐ Rumatiek | ☐ Kroniese osteo-artritis | ☐ Veneriese siekte |
| ☐ Miopatie | ☐ Vorige hemiplegie | ☐ Aansteeklike siektes |
| ☐ Parkinson | ☐ Velsiekte | ☐ Serebrale atrofie |
| | | ☐ Allergieë |

4.10 **Het die applikant beheer oor sy/haar uitskeidingsfunksies?**

Ja ☐ Nee ☐

4.11 **Het die applikant probleme met:** (*OPMERKINGS*)

Spraak	☐	_____
Balans	☐	_____
Gehoor	☐	_____
Sig	☐	_____
Smaak	☐	_____

4.12 **Kanker geskiedenis:** [Beskryf asb.]

4.13 Dui aan:

PRIVAAT-PASIËNT		STAAT-PASIËNT	
DUUR VAN BEHANDELING:			

5. **GEESTESGESONDHEID:** (Maak kruisie waar van toepassing. Indien n.v.t laat blokkie oop.)

5.1	GEESTESGESONDHEID
Hallusinasies/Delirium	
Vervolgingswaan	
Ander: (Beskryf) _____	

5.2	ANGSTOESTANDE
Psigosomaties	
Obsessief-kompulsief	
Histerie	
Fobies	

5.3	DEPRESSIE
Matig	
Ernstige	
Endogeen	

5.4	DEMENTIA
Vaskulêre Dementia	
Alzheimer's	
Ander: Spesifiseer: _____	

5.5	PERSOONLIKHEIDSTOORNISSE
Passief afhanklik	
Passief aggressief	

Algemene opmerkings t.o.v. bogenoemde: _____

5.6	MIDDELAFHANKLIKHEID OF MISBRUIK (Spesifiseer, bv. Alkohol/medikasie)	
Sosiaal		
Chronies		

5.7	EPILEPSIE	JA		NEE	
-----	------------------	-----------	--	------------	--

Opmerking: (Dui aan tipe medikasie) *

5.8	INTELLEKTUEEL GESTREMD	JA		NEE	
-----	-----------------------------------	-----------	--	------------	--

Opmerking:

6. HUIDIGE PSIGIESE/FISIESE FUNKSIONERING:

6.1 Persoonlike Funkسیونering:

6.2 Oriëntasie ten opsigte van verandering:

6.3 Kommunikasie vaardigheid: (Beskryf asb.)

6.4 Bewussyn vlak: (Dui aan)

☐ Wakker
 ☐ Apaties
 ☐ Slaperig
 ☐ Afgestomp
 ☐ Passief Opmerkings:

6.5 Gedrag:

6.6 Het die applikant gereeld hulp nodig in verband met sy/haar mobiliteit, kleding, voeding, medikasie en persoonlike higiëne? (Beskryf asb. volledig waar van toepassing)

Mobiliteit:

[a] Permanent bedlêend

☐

[b] Rystoel gebonde

☐

[c] Mediese hulpmiddels

☐**Kleding:**

Voeding:

Medikasie:

Persoonlike Higiëne:

Veltoestande (Bv. Druksere/Ulkus/Scabies):

7. **KRONIESE MEDIKASIE TANS IN GEBRUIK/DOSIS:** (Spesifiseer ten opsigte van fisiese- en geestesgesondheid)

8. HOE LANK BEHANDEL U DIE PASIËNT AL? _____

En indien wel dui kortliks die aard en omvang van behandeling aan:

9. ALGEMENE OPMERKINGS:

GENEESHEER
[DRUKSKRIF]

GENEESHEER
[HANDTEKENING]

DATUM

Adres: _____

Tel no: _____

Praktyknr: _____

E-pos Adres: _____

NAAM:

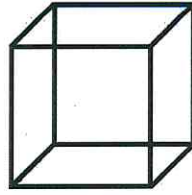
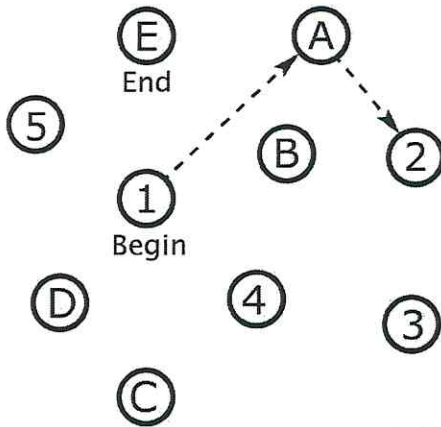
Geslag:

Geb:

DATUM:

Opleidingsvlak:

VISUORUIMTELIK / UITVOEREND

Teken
die kubus
oorTeken die gesig van 'n horlosie wat
tien oor elf aanwys. (3 punte)

PUNTE

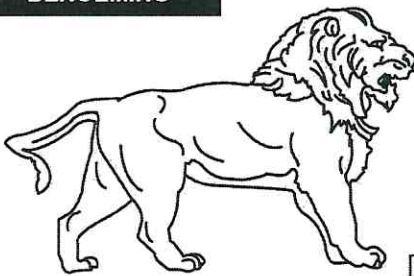
[]

[]

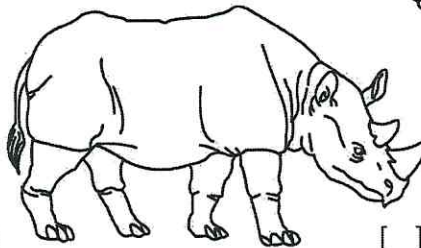
[]
Omlýning[]
Getalle[]
Wysers

___/5

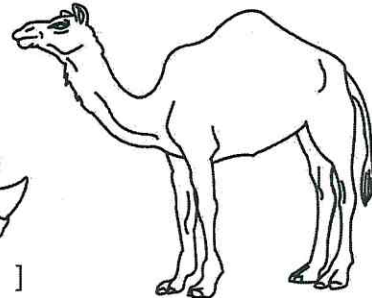
BENOEMING



[]



[]



[]

___/3

GEHEUE

Lees die lys van woorde.

Die proefpersoon moet hulle herhaal. Doen dit 2
keer, selfs al was die eerste poging 'n sukses.

Toets herroeping daarvan na 5 minute. (sien onder)

GESIG

FLUWEEL

KERK

LELIE

ROOI

Geen
punte

1ste poging

2de poging

AANDAG

Lees die lys van syfers (1 syfer/sek)

Proefpersoon moet syfers vorentoe herhaal.

[] 2 1 8 5 4

Proefpersoon moet syfers agteruit sê.

[] 7 4 2

___/2

Lees die lys van letters. Met elke letter A moet die proefpersoon met die hand tik.

Geen punte ≥ 2 foute.

[] F B A C M N A A J K L B A F A K D E A A A J A M O F A A B

___/1

Begin seriële 7 aftrekkings by 100

[] 93

[] 86

[] 79

[] 72

[] 65

4 of 5 aftrekkings reg: 3 pte; 2 of 3 reg: 2 pte; 1 reg: 1 pt; 0 reg: 0 pte

___/3

TAAL

[] Herhaal: 'Ek weet net dat Johan die een is wat vandag moet help.'

[] 'Die kat het altyd onder die bank weggekruip, wanneer honde in die kamer was.'

___/2

Woordvlotheid: Sê soveel woorde as moontlik in 1 minuut wat begin met die letter 'L'.

[] _____ (N ≥ 11 woorde)

___/1

ABSTRAKTE DENKE

Ooreenkoms tussen bv. piesang en lemoen = vrugte.

[] trein - fiets

[] horlosie - lineaal

___/2

UITGESTELDE
HERROEPINGMoet woorde herroep
SONDER 'N WENKGESIG
[]FLUWEEL
[]KERK
[]LELIE
[]ROOI
[]Punte slegs
vir herroeping
SONDER 'n
wenk

___/5

Opsioneel

Kategorie wenk

Veelkeuse wenk

ORIËNTASIE

[] Datum

[] Maand

[] Jaar

[] Dag

[] Plek

[] Stad

___/6

VERSLAG VAN MAATSKAPLIKE WERKER

1. **VAN:** _____

VOLLE NAME: _____

GEBOORTEDATUM:

ADRES: _____

TELEFOON NR: _____ (Kode: _____)

SELFOONNR: _____

2. **GESINSAMESTELLING EN -VERHOUDINGE:**

3. **PERSOONLIKE BESONDERHEDE: (Persoonlikheid, belangstellings, aanpassing in groepsituasie, ens):**

4. MAATSKAPLIKE OMSTANDIGHEDE:

Sorg: ☐ Sorg vir hom-haarself☐ Word deur kinders/familie/vriende/ander versorgGehalte sorg: ☐ Goed ☐ Redelik ☐ OnvoldoendeSosiale kontakte: ☐ Genoegsame kontak met gesin/familie/vriende☐ Kontak baie beperk ☐ EensaamSosiale aanpassing: ☐ Wel-aangepas ☐ Sosiale situasie moeilik☐ Terneergedruk ☐ Gedragsprobleme

Motivering: _____

5. OMGEWING- EN BEHUISINGSOMSTANDIGHEDE: (Woonomstandighede, motivering vir opneming, huisvestingsprobleme):

5.1 Huidige Behuising: ☐ Eie huis ☐ Huurhuis ☐ Losieshuis☐ Huis vir Bejaardes ☐ Hospitaal ☐ Woon saam met andere☐ Woon saam met kinders ☐ Woonstel ☐ Skuiling ☐ Aftree oord5.2 Sekerheid i.v.m. huidige akkommodasie: ☐ Onbepaald ☐ Onseker☐ Moet padgee ☐ Kan aanbly, maar omstandighede geval bejaarde nie

Verskaf redes:

6. FISIEKE EN PSIGIESE TOESTAND:

Is die aansoeker in staat om:

JA NEE IN 'n mate
(Dui aan met √)

6.1 Fisies

- Eie maaltye voor te berei en te kook
- Huis skoon te hou
- Self te bad
- Self aan te trek
- Sonder hulp te eet
- Vrylik of sonder hulp te beweeg

☐	☐	☐
☐	☐	☐
☐	☐	☐
☐	☐	☐
☐	☐	☐
☐	☐	☐

Gesondheid: (Dui aan met √) ☐ Goed ☐ Wisselvallig ☐ Swak

6.2 PSIGIESE: (Swak geheue, begripsvermoë, depressie, psigose, aggressiewe gedrag):

Merk af asb. (√): ☐ Gedagtes helder ☐ Vergeetagtig

☐ Tekens van belangeloosheid ☐ Duidelike tekens van dementia

Psigiatriese verslag aangeheg? ☐ Ja ☐ Nee

6.3 Middelaafhanklikheid: (Alkohol, dagga, voorskifmedikasie, ens)

7. EKONOMIESE OMSTANDIGHED:

8. REDES VIR OPNAME: (Ouderdom, maatskaplike omstandighede, huisvestingsprobleme, liggaamlike- en fisiese verswakking, ekonomiese omstandighede, vereensaming)

9. **DIENSTE REEDS GELEWER: (Asook ander tehuis aansoeke)**

10. **AANBEVELING: (Spesifiseer tipe plasing, bv. kamer, siekeboeg, woonstel)**

11. **MOTIVERING TEN OPSIGTE VAN NIE-BEJAARDE/GESTREMDE:**

12. **HOE LANK IS DIE AANSOEKER AAN U BEKEND?** _____

MAATSKAPLIKE WERKER

NAAM VAN ORGANISASIE

DATUM

Registrasie nr.: Maatskaplike Werker

FINANSIËLE VERKLARING: KLIËNT

(Dokumentêre bewyse van alle inkomste/uitgawes en bates/laste moet aangeheg word
asook 3 maande se bankstate.)

NAAM VAN APPLIKANT: _____

DATUM VAN OPGAWE: _____

A. INKOMSTE

1.	SALARIS/PENSIOEN ONTVANG (Meld soort pensioen) Betaalpunt (Bv. bank, poskantoor)	Verwysing / Rekeningnommer	MAANDELIKSE INKOMSTE	
			Self	Gade
1.1				
1.2				
1.3				
2.	ANNUÏTEITE (Meld naam van fonds)			
2.1				
2.2				
2.3				
3.	INKOMSTE UIT TRUSTFONDSE EN ONDERHOUDSGELDE (Meld naam van fonds/persoon)			
3.1				
3.2				
4.	AANDELE (Meld naam van maatskappy)			
4.1				
4.2				
4.3				
5.	DIREKTEURSGELDE (Meld naam van maatskappy)			
5.1				
6	KONTANTBELEGGINGS M.a.w. alle rentes wat verdien word hetsy op vaste deposito's, spaarrek. ens. (Spesifiseer finansiële instellings)	Bedrag Belê of Saldo		
6.1				
6.2				
6.3				
6.4				
6.5				
6.6				
6.7				
7.	VASTE EIENDOM HUUR INKOMSTE : (Bv. Plase, wonings) Volledige omskrywing en waar geleë	Mark waardasie	Uitstaande verband	
7.1				
7.2				
7.3				
SUBTOTAAL OORGEDRA			R	R

8. ANDER BRONNE VAN INKOMSTE (Bv. Inkomste uit besigheid, vruggebruik, Kripto Geld ens.) Spesifiseer, asb.		Verwysing / Rekeningnommer	Self	Gade
8.1				
8.2				
8.3				
8.4				
		TOTAAL	R	R

B. VERKLARING TEN OPSIGTE VAN BATES VERKOOP OF SKENKINGS GEMAAK:
(Voltooi asseblief volledig)

1. Het u enige bates (Vaste eiendom) verkoop of geskenk?

Indien wel, verstrek asb. die volgende besonderhede:

(a) Bates verkoop: (beskrywing) _____

(i) Datum verkoop: _____

(ii) Bruto verkoopsprys: R_____

(iii) Min verkoopsonkoste (spesifiseer op aparte vel asb.) R_____

(iv) Netto opbrengs R_____

(b) Bates geskenk: (beskrywing) _____

(i) Datum geskenk: _____

(ii) Waarde: R_____

(c) Kontant geskenk: (beskrywing) _____

(i) Datum geskenk: _____

(ii) Bedrag geskenk: R_____

2. UITGAWES WAT GEËIS KAN WORD: (Dokumentêre bewyse moet asb. verskaf word)

2.1 Medies:

2.1.1 Begrafnispolis premie: R_____

2.1.2 Mediese fonds bydraes: (eie gedeelte) R_____

2.1.3 Chroniese medikasie: (slegs in uitsonderlike gevalle) R_____

2.2 Huur Inkomste uit vaste eiendom:

2.2.1 Eiendomsbelasting: R_____

2.2.2 Gebouversekering: R_____

2.2.3 Verband paalement: R_____

TOTAAL: R_____

Ek verklaar dat bostaande inligting deur my verskaf waar en juis is.

HANDTEKENING VAN:

KLIËNT

DATUM: _____

GEVOLMAGTIGDE/BORG

DATUM: _____

LW: Rente inkomste moet gestaaf word deur saldo sertifikate vanaf finansiële instellings.
Vals verklarings is 'n strafbare oortreding.

VERKLARING:

Ek sertifiseer dat, voordat ek die voorgeskrewe eed/bevestiging afgeneem het, ek die volgende vrae aan die verklaarder gestel het en sy/haar antwoorde in my teenwoordigheid neergeskryf het:

- (a) Is u vertrouwd met die inhoud van bostaande verklaring en begryp u dit?

Antwoord: _____

- (b) Het u enige beswaar teen die aflê van die voorgeskrewe eed?

Antwoord: _____

- (c) Beskou u die voorgeskrewe eed as bindend vir u gewete?

Antwoord: _____

Ek sertifiseer dat die verklaarder vertrouwd is met die inhoud van die verklaring en dit begryp. Hierdie verklaring is beëdig/bevestig voor my en die verklaarder se handtekening / duimafdruk / merk is in my teenwoordigheid daarop aangebring.

KOMMISSARIS VAN EDE

PLEK

DATUM

STEMPEL

VIR KANTOORGEBRUIK:NETTO INKOMSTE
LOSIES PER MAANDR _____
R _____**VIR AMPTELIKE GEBRUIK DEUR KEURINGSBEAMPTE: DEPARTEMENT MAATSKAPLIKE
ONTWIKKELING**Totale Bruto Inkomste:
Min goedgekeurde aftrekkings (spesifiseer)

R _____

(a) _____

R _____

(b) _____

R _____

(c) _____

R _____

(d) _____

R _____

Netto Inkomste:

R _____

Inkomstegroep kode:

BEAMPTE - DEPARTEMENT: MAATSKAPLIKE ONTWIKKELING

DATUM: _____

FINANSIËLE VERKLARING: GEVOLMAGTIGDE/BORG

(Dokumentêre bewyse van alle inkomste/uitgawes, bates en laste moet aangeheg word
asook 3 maande se bankstate)

NAAM VAN GEVOLMAGTIGDE/BORG: _____

DATUM VAN OPGAWE: _____

A. INKOMSTE

1.	SALARIS/PENSIOEN ONTVANG (Meld soort pensioen) Betaalpunt (Bv. bank, poskantoor)	Verwysing / Rekeningnommer	MAANDELIKSE INKOMSTE	
			Self	Gade
1.1				
1.2				
1.3				
2.	ANNUÏTEITE (Meld naam van fonds)			
2.1				
2.2				
2.3				
3.	INKOMSTE UIT TRUSTFONDSE EN ONDERHOUDSGELDE (Meld naam van fonds/persoon)			
3.1				
3.2				
4.	AANDELE (Meld naam van maatskappy)			
4.1				
4.2				
4.3				
5.	DIREKTEURSGELDE (Meld naam van maatskappy)			
5.1				
6	KONTANTBELEGGINGS M.a.w. alle rentes wat verdien word hetsy op vaste deposito's, spaarrek. ens. (Spesifiseer finansiële instellings)	Bedrag Belê of Saldo		
6.1				
6.2				
6.3				
6.4				
6.5				
6.6				
6.7				
7.	VASTE EIENDOM HUUR INKOMSTE : (Bv. Plase, wonings) Volledige omskrywing en waar geleë	Mark waardasie	Uitstaande verband	
7.1				
7.2				
7.3				

SUBTOTAAL OORGEDRA		R	R
8. ANDER BRONNE VAN INKOMSTE (Bv. Inkomste uit besigheid, vruggebruik kripto geld, ens.) Spesifiseer, asb.	Verwysing / Rekeningnommer	Self	Gade
8.1			
8.2			
8.3			
8.4			
TOTAAL		R	R

B. VERKLARING TEN OPSIGTE VAN BATES VERKOOP OF SKENKINGS GEMAAK:
(Voltooi asseblief volledig)

1. Het u enige bates (Vaste eiendom) verkoop of geskenk?

Indien wel, verstrek asb. die volgende besonderhede:

(a) Bates verkoop: (beskrywing) _____

(i) Datum verkoop: _____

(ii) Bruto verkoopsprys: R_____

(iii) Min verkoopsonkoste (spesifiseer op aparte vel asb.) R_____

(iv) Netto opbrengs R_____

(b) Bates geskenk: (beskrywing) _____

(i) Datum geskenk: _____

(ii) Waarde: R_____

(c) Kontant geskenk: (beskrywing) _____

(i) Datum geskenk: _____

(ii) Bedrag geskenk: R_____

2. **UITGAWES** (Lys totale maandelikse uitgawes volledig)

[illegible]

Ek verklaar dat bostaande inligting deur my verskaf waar en juis is.

GEVOLMAGTIGDE/BORG

DATUM

LW: Rente inkomste moet gestaaf word deur saldo sertifikate vanaf finansiële instellings. Vals verklarings is 'n strafbare oortreding.

VERKLARING:

Ek sertifiseer dat, voordat ek die voorgeskrewe eed/bevestiging afgeneem het, ek die volgende vrae aan die verklaarder gestel het en sy/haar antwoorde in my teenwoordigheid neergeskryf het:

- (a) Is u vertrouwd met die inhoud van bostaande verklaring en begryp u dit?

Antwoord: _____

- (b) Het u enige beswaar teen die aflê van die voorgeskrewe eed?

Antwoord: _____

- (c) Beskou u die voorgeskrewe eed as bindend vir u gewete?

Antwoord:

Ek sertifiseer dat die verklaarder vertrou is met die inhoud van die verklaring en dit begryp. Hierdie verklaring is beëdig/bevestig voor my en die verklaarder se handtekening / duimafdruk / merk is in my teenwoordigheid daarop aangebring.

KOMMISSARIS VAN EDE

PLEK

DATUM

STEMPEL

VIR KANTOORGEBRUIK

NETTO INKOMSTE
LOSIES PER MAAND

R _____
R _____

VIR AMPTELIKE GEBRUIK DEUR KEURINGSBEAMPTTE: DEPARTEMENT MAATSKAPLIKE ONTWIKKELING

Totale Bruto Inkomste:
Min goedgekeurde aftrekkings (spesifiseer)

(a) _____
(b) _____
(c) _____
(d) _____

R _____
R _____
R _____
R _____
R _____

Netto Inkomste:

R _____

Inkomstegroep kode

BEAMPTTE – DEPARTEMENT: MAATSKAPLIKE ONTWIKKELING

DATUM: _____

EVALUATION OF DEGREE OF FRAILTY OF RESIDENTS IN A FACILITY
EVALUERING VAN GRAAD VAN VERSWAKTHEID VAN INWONERS

Name of resident Naam van inwoner	
ID No:	

Fill in points in the appropriate block. (Four columns are provided for periodic evaluation)
Vul die punte in die blokkie teenoor die toepaslike item. (Vier kolomme is voorsien vir periodieke evaluering)

Points Punte	Evaluation / Evaluering			
	1st	2nd	3rd	4th
0				
2				
3				

**1. MOBILITY
MOBILITEIT**

- (a) Able to move about independently, with or without the help of aids.
Beweeg onafhanklik, met of sonder hulpmiddels.
- (b) Able to move about with a walking stick/walking frame/wheelchair with some assistance or supervision.
Beweeg met behulp van klerie/loopraam/rolstoel met gedeeltelike hulp of toesig.
- (c) Only able to move with assistance from a staff member.
Beweeg slegs met behulp van personeelid

(2)

Points Punte	Evaluation / Evaluering			
	1st	2nd	3rd	4th
4				

- (d) Bedridden and/or totally dependent on assistance /
needs to be transferred from bed to chair.
Bedleënd en/of totaal
afhanklik van hulp/moet
oorgeplaas word van bed na stoel.

**2. PERSONAL HYGIENE
PERSOONLIKE HIGIENE**

**2.1 Care of hands, face & feet
Versorging van hande, gesig & voete**

(a) Copes without assistance Doen dit selfstandig				
(b) Needs supervision Het toesig nodig				
(c) Needs assistance for example with cutting of nails. Het hulp nodig, byv knip van nael				
(d) Totally dependent Totaal afhanklik				

**2.2 Oral Hygiene
Mondsorg**

(a) Copes without assistance Doen dit selfstandig				
(b) Needs supervision brushing teeth Toesig nodig met tandeborsel				
(c) Needs assistance brushing teeth Het hulp nodig met tandeborsel				
(d) Totally dependent Totaal afhanklik				

Needs care and use of mouthtray
Mondbad nodig

(3)

Points Punte	Evaluation / Evaluering			
	1st	2nd	3rd	4th
0				
1				
2				
4				

- 2.3 Bath / Bad:
- (a) Copes without assistance
Doen dit selfstandig
- (b) Needs to be motivated and supervised
Moet aangespoor word en het toesig nodig
- (c) Needs assistance. / Het hulp nodig
- (d) Dependent – Has to be bathed.
Afhanklik – Moet gebad word

2.4 Shaving and Care of hair

0				
1				
2				
3				

- Skeer- en Haarversorging
- (a) Independent, copes without assistance to an acceptable standard of neatness
Selfstandig, Doen dit aanvaarbaar tov netheid
- (b) Needs supervision. Het toesig nodig
- (c) Needs assistance. / Het hulp nodig
- (d) Totally dependent. / Totaal afhanklik

3 **NUTRITION**
VOEDING

0				
1				
2				
3				
4				

- (a) Eats without assistance
Eet selfstandig
- (b) Can eat, but needs supervision
Kan self eet, maar het toesig nodig.
- (c) Needs some assistance, cutting meat, buttering of bread or must be encouraged to eat
Het gedeeltelik hulp nodig byv sny van vleis, smeer van brood of moet aangemoedig word om te eet.
- (d) Needs to be fed. / Moet gevoer word
- (e) Tube fed. / Buisvoeding

(4)

Points Punte	Evaluation / Evaluering			
	1st	2nd	3rd	4th
0				
1				
2				
3				

4 **CLOTHING**
KLEDING

- (a) Independent, dresses and undresses self
Trek selfstandig aan en uit
- (b) Needs supervision dressing and undressing
Het toesig nodig met aan en uit trek van klere
- (c) Needs assistance with dressing and undressing e.g. buttons zips shoelaces
Het hulp nodig om klere aan en uit te trek
- (d) Totally dependent on assistance with dressing and undressing
Totaal afhanklik van hulp met aantrek van klere

5 **VISION**
GESIGSVERMOË

0				
1				
3				

- (a) Blind or partially sighted, but able to cope independently
Blind of swaksie, maar in staat Om selfstandig te funksioneer
- (b) Blind or partially sighted – needs some assistance
Blind of swaksie – benodig gedeeltelik hulp
- (c) Blind – totally dependent on assistance
Blind – deurlpend afhanklik van hulp

6 **HEARING**
GEHOOR

0				
---	--	--	--	--

- (a) Deaf or hard-of-hearing, but able to cope independently
Doof of hardhorend, maar in staat Om selfstandig te funksioneer

(5)

- (b) Deaf or hard-of-hearing. Communicates with difficulty
- (c) Doof of hardorend. Kommunikkeer moeilik
Totally deaf to the extent that it constitutes a risk or problem to himself / herself and/or others
Totaal doof. Doofheid is 'n risiko vir himself / haarself en/of ander en/of 'n probleem vir ander

7 TREATMENT

BEHANDELING

7.1 Medication / Medikasie

- (a) Takes medication without assistance or supervision
Gebruik medikasie selfstandig
- (b) Takes own medication without assistance but monthly supervision is necessary. Medication needs to be ordered for resident.
Gebruik medikasie onafhanklik maar maandelikse kontrolering is nodig. Medisyn moet vir inwoner bestel word.
- (c) Medication has to be administered, but does not need assistance with taking medicine
Medikasie word toegedien. Benodig egter geen spesiale hulp met inname nie.
- (d) Assistance is needed to take medicine
Medikasie word met hulp toegedien

7.2 Care of pressure areas

Versorging van drukpunte

- (a) None
Geen
- (b) At least 3 times per day
Minstens 3 keer per dag
- (c) Every 4 hours / Elke 4 uur
- (d) Every 2 hours / Elke 2 uur

Points Punte	Evaluation / Evaluering			
	1st	2nd	3rd	4th
1				
3				

0				
1				
2				
4				

0				
1				
2				
3				

(6)

8 TOILET HABITS

TOILETGEWOONTES

Continence of urine and faeces

Kontinensie van urine en ontlasting

(a) Normal, independent, in full control

Of bowel and bladder functions

Normaal, selfversorgend, volle

beheer oor organe

(b) Experiences problems with stress

Incontinence or slight

Incontinence. Able to care for self,

but needs encouragement to do

better bladder training exercises./

Needs supervision with use of toilet

Ervaar probleme met druklek of

geringe inkontinensie. Tref eie

voorsorg, maar moet aangemoedig

word om blaasbeheeroefeninge te

doen. Het toedig nodig met gebruik

van toilet.

(c) Occasionally incontinent of urine or

faeces. Special measures not

taken / Periodieke ongelukke vind

plaas sonder voorsorg getref word.

(d) Total incontinence of urine and

faeces / Totale inkontinensie van

urine of ontlasting

(e) Needs catheter and/or colostomy

Care / Benodig kater- en/of

kolostomiesorg

9 THERAPEUTIC ACTIVITIES, HANDCRAFT, EXERCISES & INFO.

TERAPEUTIESE AKTIVITEITE<HANDVAARDIGHED, OEFENINGE & INFO

(a) No motivation / assistance needed

Geen motivering / hulp nodig nie

(b) Needs assistance 15min. per day

Hulp benodig 15minute per dag

(c) Needs assistance 30min per day

Hulp benodig 30 minute per day

(d) Needs help for more than 60min.

Hulp benodig meer as 60minute pd

Points Punte	Evaluation / Evaluering			
	1st	2nd	3rd	4th
0				
1				
2				
3				
4				

0				
1				
2				
3				

(7)

10 MENTAL STATUS

GEESTESTOESTAND

Memory / Geheue

- (a) Memory good, functioning independently
Geheue goed, funksioneer selfstandig
- (b) Forgetful, e.g. misplaces articles & clothing
Vergeetagtig, byv. artikels & kleding word verlê
- (c) Totally disturbed, confused. Displays antisocial behaviour / aggressive / apathetic
Totaal versteurd, verward. Operbaar anti-sosiale gedrag. Raak aggressief / Apaties

10.2 Emotional Support (Counselling & Support)
Emosionele Steun (Beraad & Ondersteuning)

- (a) No support needed
Geen steun nodig nie
- (b) Support needed, 15-30 minutes per day
Steun nodig, 15-30 minute per dag
- (c) More than 30minutes support needed per day
Meer as 30minute steun nodig per dag
- 10.3 Comprehension and Communication ability
Begrips- en Kommunikasievermoë
- (a) Normal communication
Normale kommunikasie
- (b) Communication so poor at times that needs cannot be made known
Kommunikasie soms so swak dat behoeftes nie bekend gemaak kan word nie
- (c) Needs cannot be made known at all
Behoeftes kan glad nie bekend gemaak word nie

Points Punte	Evaluation / Evaluering			
	1st	2nd	3rd	4th
0				
1				
4				

0				
2				
3				

0				
1				
3				

(8)

10.4	Orientation re: time, place & person Orientasie tov tyd, plek & persoon				
(a)	Normal / Normaal				
(b)	Sometimes disorientated Soms gedisoriënteerd				
(c)	Often disorientated, restless, wanders Dikwels gedisoriënteerd, rusteloos, dwaal rond				
(d)	Always disorientated re time, place & person, but does not disturb others Deurlopend gedisoriënteerd tov tyd plek & persoon, maar steur nie ander nie.				
(e)	Apathetic / totally disorientated re time, place & person. Gets lost, Must be watched. Disturbs others Apaties / algehele disoriëntasie tov Tyd, plek & persoon. Verdwaal, Moet opgepas word. Steur ander.				
TOTAL / TOTAAL					

KEY TO POINT ALLOCATION / SLEUTEL TOT PUNTTELLING:

Group / Groep: 1	Selfcare/ selfsorg	0 – 11
Group / Groep: 2	Medium care / Matige sorg	12 – 25
Group / Groep: 3	Maximum care / Maksimale sorg	26 +

Group classification of older person/disabled person:

Groeplndeling van ouer persoon/ gestremde persoon:

	Group / Groep	DATE / DATUM	SIGNATURE / HANDTEKENING
1 st Evaluation			
2 nd Evaluation			
3 rd Evaluation			
4 th Evaluation			

aged/DQ98/wicht scale



**DEPARTMENT OF
SOCIAL
DEVELOPMENT**
FOR SUSTAINABLE COMMUNITIES

LEDE

**MAATSKAPLIKE
ONTWIKKELING**
VIR VERHOUDBAAR GEMEINSKAPPE

**LOPHUHLISO
LOLUNYU**
FOR SUSTAINABLE COMMUNITIES

Screening Certificate Keuringstertifikaat

For admission and subsidising of older persons and/or persons with disabilities
Vir opname en subsidisering van ouer persone en/of persone met gestremdhede.

- Submit one certificate only.
Dien slegs een sertifikaat in.
- The Departmental Screening Officer completes the certificate at the time of screening and verifies the net income from the applicant's Statement of Income and Expenditure.
Die Departementele Keuringsbeampte voltooi die sertifikaat tydens keuring en bevestig die netto inkomste vanaf die applicant se Verklaring van Inkomste en Uitgawes.
- # The residential facility inserts this date as soon as the applicant has been admitted.
The certificate must be submitted together with the claim for subsidy i.r.o the person concerned.
Die sertifikaat moet tesame met die eis om subsidie t.o.v die betrokke persoon ingedien word.
-

Name of Applicant / Resident / Naam van Applicant / Inwoner

Date of Birth / Geboortedatum

Pension Number / Pensioennummer

Nature & amount of net income p.m. / Aard & bedrag van netto inkomste p.m.

If married, combined income p.m.
Indien getroud, gesamentlike inkomste p.m.

Date screened or rescreened / Datum gekeur of herkeur

Income Code/
Inkomstekode

R

R

Economic
Ekonomies

Name of Facility / Naam van Tehuis

Date Admitted / Datum Opgeneem

#

Group 1
Groep 1

Group 2
Groep 2

Group 3
Groep 3

Name of Facility / Naam van Tehuis

Date Admitted / Datum Opgeneem

#

Group 1
Groep 1

Group 2
Groep 2

Group 3
Groep 3

Name of Facility / Naam van Tehuis

Date Admitted / Datum Opgeneem

#

Group 1
Groep 1

Group 2
Groep 2

Group 3
Groep 3

Name of Facility / Naam van Tehuis

Date Admitted / Datum Opgeneem

#

Group 1
Groep 1

Group 2
Groep 2

Group 3
Groep 3

Name of Facility / Naam van Tehuis

Date Admitted / Datum Opgeneem

#

Group 1
Groep 1

Group 2
Groep 2

Group 3
Groep 3

Name of Facility / Naam van Tehuis

Date Admitted / Datum Opgeneem

#

Group 1
Groep 1

Group 2
Groep 2

Group 3
Groep 3

Name of Facility / Naam van Tehuis

Date Admitted / Datum Opgeneem

#

Group 1
Groep 1

Group 2
Groep 2

Group 3
Groep 3

Name of Facility / Naam van Tehuis

Date Admitted / Datum Opgeneem

#

Group 1
Groep 1

Group 2
Groep 2

Group 3
Groep 3

Name of Facility / Naam van Tehuis

Date Admitted / Datum Opgeneem

#

Group 1
Groep 1

Group 2
Groep 2

Group 3
Groep 3

Name of Facility / Naam van Tehuis

Date Admitted / Datum Opgeneem

#

Group 1
Groep 1

Group 2
Groep 2

Group 3
Groep 3

Name of Facility / Naam van Tehuis

Date Admitted / Datum Opgeneem

#

Group 1
Groep 1

Group 2
Groep 2

Group 3
Groep 3

Name of Facility / Naam van Tehuis

Date Admitted / Datum Opgeneem

#

Group 1
Groep 1

Group 2
Groep 2

Group 3
Groep 3

Name of Facility / Naam van Tehuis

Date Admitted / Datum Opgeneem

#

Group 1
Groep 1

Group 2
Groep 2

Group 3
Groep 3

Name of Facility / Naam van Tehuis

Date Admitted / Datum Opgeneem

#

Group 1
Groep 1

Group 2
Groep 2

Group 3
Groep 3

Name of Facility / Naam van Tehuis

Date Admitted / Datum Opgeneem

#

Group 1
Groep 1

Group 2
Groep 2

Group 3
Groep 3

Name of Facility / Naam van Tehuis

Date Admitted / Datum Opgeneem

#

Group 1
Groep 1

Group 2
Groep 2

Group 3
Groep 3

Name of Facility / Naam van Tehuis

Date Admitted / Datum Opgeneem

#

Group 1
Groep 1

Group 2
Groep 2

Group 3
Groep 3

Name of Facility / Naam van Tehuis

Date Admitted / Datum Opgeneem

#

Group 1
Groep 1

Group 2
Groep 2

Group 3
Groep 3

Name of Facility / Naam van Tehuis

Date Admitted / Datum Opgeneem

#

Group 1
Groep 1

Group 2
Groep 2

Group 3
Groep 3

Name of Facility / Naam van Tehuis

Date Admitted / Datum Opgeneem

#

Group 1
Groep 1

Group 2
Groep 2

Group 3
Groep 3

Name of Facility / Naam van Tehuis

Date Admitted / Datum Opgeneem

#

Group 1
Groep 1

Group 2
Groep 2

Group 3
Groep 3

Name of Facility / Naam van Tehuis

Date Admitted / Datum Opgeneem

#

Group 1
Groep 1

Group 2
Groep 2

Group 3
Groep 3

Name of Facility / Naam van Tehuis

Date Admitted / Datum Opgeneem

#

Group 1
Groep 1

Group 2
Groep 2

Group 3
Groep 3

Name of Facility / Naam van Tehuis

Date Admitted / Datum Opgeneem

#

Group 1
Groep 1

Group 2
Groep 2

Group 3
Groep 3

Name of Facility / Naam van Tehuis

Date Admitted / Datum Opgeneem

#

Group 1
Groep 1

Group 2
Groep 2

Group 3
Groep 3

Name of Facility / Naam van Tehuis

Date Admitted / Datum Opgeneem

#

Group 1
Groep 1

Group 2
Groep



DEPARTMENT OF
**SOCIAL
DEVELOPMENT**
FOR UNEMPLOYABLE COMMUNITIES



DEPARTEMENT VAN
**MAATSKAPLIKE
ONTWIKKELING**
VIR VOORLOOPEGE GEMEINSKAPPE



LESIBE
**LOPHUHLISO
LOLUNTU**
FOR UNEMPLOYABLE COMMUNITIES

Screening Certificate Keuringssertifikaat

For admission and subsidising of older persons and/or persons with disabilities
Vir opname en subsidisering van ouer persone en/of persone met gestremdhede.

- Submit one certificate only.
- The Departmental Screening Officer completes the certificate at the time of screening and verifies the net income from the applicant's Statement of Income and Expenditure.
Die Departementele Keuringsbeampte voltooi die sertifikaat tydens keuring en bevestig die netto inkomste vanaf die applicant se Verklaring van Inkomste en Uitgawes.
- #The residential facility inserts this date as soon as the applicant has been admitted.
Die residentiele vul hierdie datum in sodra die applicant opgeneem is.
- The certificate must be submitted together with the claim for subsidy i.r.o the person concerned.
Die sertifikaat moet tesame met die eis om subsidie t.o.v die betrokke persoon ingedien word.

Name of Applicant / Resident / Naam van Applicant / Inwoner

Date of Birth / Geboortedatum

Nature & amount of net income p.m. / Aard & bedrag van netto inkomste p.m.

R

If married, combined income p.m.
Indien getroud, gesamentlike inkomste p.m.

Date screened or rescreened / Datum gekeur of herkeur

Group 1
Groep 1

Group 2
Groep 2

Group 3
Groep 3

Economic
Ekonomies

Income Code/
Inkomstekode

R

Name of Facility / Naam van Tehuis

Date Admitted / Datum Opgeneem

#

Departmental Date Stamp / Departementele
Dated / Datum

Departmental Official / Departementele Beampte

ASSESSMENT FOR ADMISSION TO HOMES FOR FRAIL PERSONS / SUPPORT NEEDS FOR OLDER PERSONS

DQ98

© 1998 Dept of Welfare

[Do not write in the shaded areas. Tick where appropriate.]

SECTION 1: REGISTRATION DETAILS

A. ORGANISATION:		Registration No:		Date of registration:	
Date of notification:		Assessment completed on:		Date of admission:	
Type of Assessment:		Urgency:		Place of Assessment:	
New notification		Within 24 hours		Own dwelling	Hospital
Revision		Within 1 week		Home for Aged	Clinic
Re-assessment		Within 1-3 weeks		Sheltered accommodation	Other
Appeal		Other		Community Centre	
Reason for referral:	Assessor's name	Occupation	Reference source:		
B. CLIENT'S PERSONAL DETAILS:					
Surname:		Marital Status:			
Full name:					
First name and initials:					
Address:					
Tel No:					
Date of birth/Age: (ID Number)		Gender:	M	F	
Race: (for statistical purposes)		Other			
SOURCE OF INCOME:		GROSS INCOME PER MONTH:		FAMILY COMPOSITION:	
Disability Grant	Individual	Owner	Lives in old age home		
Old Age Pension	Couple	Tenant	Lives alone		
War Veterans	Total Monthly Income per household:	House	With spouse		
Other (private)	R	Flat	With children/child		
		Retirement complex	With other family		
		Private home/guest house/ hotel	With other elderly		
		Informal /Squatter settlement	With non-family (friends)		
		Housing scheme	Extended family		
		Tribal (rural)	Rural extended family		
		Farm labourer	With parents		
		Old age home	Please state number of persons in the household		
Specify details of financial dependants:		Other			

MEDICAL CONDITIONS / OTHER PROBLEMS									
C. NEEDS IDENTIFIED BY CLIENT					Additional information obtained from:				
					Applicant him / herself		Caregiver		
					Family		Social worker		
					Medical personnel		Other		
D. DETAILS REGARDING NEXT OF KIN / CARE-GIVER:									
Next of kin:					Next of kin:				
Relationship: Spouse /son /daughter /other Age (Optional):					Relationship: Spouse /son /daughter /other : Age (Optional)				
Address:					Address:				
Telephone no: Work: Home:					Telephone no: Work: Home:				
SECTION 2: ASSESSMENT:									
A: Urgent Evaluation Criteria					Medical conditions / diagnoses:				
Bed bound									
Mentally disabled with total incontinence									
Chronic high risk medical conditions requiring continuous nursing care									
B CRITERIA FOR ADMISSION: 1. SKILLED CARE:					b. Specialised care:				
a. Pressure care:					Requires no care / dressings				
0 Nil needed					11 Simple, daily treatment or dressings				
11 1 to 3 x per day					42 Requires complicated treatment /dressings more than 3 x per day				
22 Every 4 hours					Other specialised care required /comments:				
33 Every 2 hours									
c. Night-care:					Current medication:				
0 No or infrequent night care required									
5 Regular, 1 x per night care required									
10 Regularly requires attention at least 3 x per night									
25 Usually awake, restless, disturbs others									
Total Score "Skilled care"									
a: + b: + c: =									

2. ACTIVITIES OF DAILY LIVING (ADLs)									
Eating	Dressing upper	Dressing lower	Personal hygiene	Bathing	Toileting	Medications	Mobility	Communication	Transfers
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
3	1	2	2	1	3	3	2	2	0
3	1	2	2	1	3	5	4	N/A	2
3	2	3	2	2	5	8	6	6	2
10	3	4	6	4	8	10	6	6	9
N/A	6	8	N/A	6	10	N/A	8	N/A	11
13	N/A	N/A	10	N/A	13	13	10	10	N/A
SCORE FOR EACH ITEM									
TOTAL SCORE FOR "ADLs"									0

REMARKS:

3. MENTAL FUNCTIONING	
0	No support required
3	Observes accepted social standards with support
3	Behaviour is unusual but does not offend others or endanger self
13	Behaviour disturbing to others at times but not a danger to self or others
23	Continuous, uncontrollable, demanding behaviour
25	Behaviour dangerous / risk to him/herself / other people
	REMARKS; eg Markedly unmotivated / lonely / depressed / aggressive
Yes	No
	Would the client benefit from a Psychiatric assessment?
TOTAL SCORE for "Mental functioning"	

4. PRIMARY NEEDS				Not applicable (institutionalised)	
Water	Food	Toilet	Safety	Key	
0	0	0	0	Available	
11	11	8	10	Limited	
22	22	16	20	Inaccessible / dangerous	
28	28	20	24	Not available	
TOTAL SCORE FOR "PRIMARY NEEDS" :					
5. COMMUNITY INFRASTRUCTURE				Not applicable (institutionalised)	
Transport	Telephone	Post Office			
			Available		
			Limited		
			Inaccessible		
			Not available		
6. SUPPORT SYSTEMS AVAILABLE TO CLIENT				Not applicable (institutionalised)	
0	Support system (spouse, family, friends) functioning well				
20	Support system available, but not functioning well				
3	Living alone with access to other support systems				
13	Only formal support systems				
33	Support system available, but exploitation / abuse / neglect suspected				
26	No support system available				
Section 6 score					
7. GENERAL FUNCTIONING OF CARE-GIVER:				Not applicable (institutionalised)	
0	Care-giver fully in control of the situation				
7	Requires some support				
7	Not healthy / aged / disabled				
40	Requires continuous support / help				
67	Total incapacity to provide care				
67	Total burnout				
Section 7 score					
TOTAL SCORE Section 6 + 7 "Caregiver"					
0					

8. OTHER PERSONS INVOLVED IN ASSESSMENT					
	Family practitioner			Physiotherapist	
	District surgeon			Social worker	
	Nursing personnel			Old age home personnel	
	Specialist geriatrician / psychiatrist			Care-giver	
	Traditional healer			Home care personnel	

SECTION 3: KEY TO ASSESSMENT FOR SERVICE REQUIREMENT					FINDINGS:	
Score from "Skilled" (Section 1)	0	0.2	0		Requires institutional care	Yes No
Score from "ADLs" (Section 2)	0	0.25	0		If Yes, Specify care type required :	
Score from "Mental" (Section 3)	0	1	0		Temporary	Permanent
Score from "Primary" (Section 4)	0	0.15	0		Respite (care-giver relief)	Terminal
Total score "Carer" (Section 6 & 7)	0	0.15	0		Rehabilitation	
DQ98 INDEX SCORE		Total	0			

Additional information :

SECTION 4: RECOMMENDATION:

Admission to home for the aged

If Admission Recommended

Urgent

As soon as possible

Other:

Re-assess: Date:

Community services

Medical services

Geriatric services

Psychiatric services

Referred to:

Referral for community health services

Yes

Yes

Yes

Yes

Date:

Community support service recommendation:

No additional support services recommended

Additional support by means of certain home care services

Indicate which services are currently "in use" or "required":

Required

In Use

Day care (at home)

Meals-on-wheels

Home help

Bed bath (personal care)

Frail care (institutional)

Hospital care

Required

In Use

Day Care (Centre)

Respite care (relief)

Nursing services

Social work care

Other

Centre programmes (clubs)

Required

In Use

Occupational therapist

Physiotherapist

After-care rehabilitation

Garden service

Assisted living

Support group

SECTION 5: CONCLUSION OF ASSESSMENT

Assessor:

Signature:

Date:

Applicant / Caregiver:

Signature:

Date:

Motivate

Signature:

Date:

Client referred to:

Signature:

Date: