



REPUBLIC OF SOUTH AFRICA

VORM 4

[Regulasie 12]

AANSOEK OM BYSTAND TE OPSIGTE VAN BYSTANDTOESTEL

WET OP DIE BEVORDERING VAN NASIONALE EENHEID EN VERSOENING, 1995 (WET 34 VAN 1995)

LEES EERS DIE VOLGENDE

1. Hierdie aansoekvorm moet ingevul word as jy 'n gestremdheid het en bystand ten opsigte van 'n bystandtoestel benodig.
2. Sou die aard van jou gestremdheid oor die studietermyn verander, en as dit regstreeks jou vermoë beïnvloed om aan jou onderwysprogram deel te neem, dan sal jy bygewerkte besonderhede en 'n volle mediese/rehabilitasieverslag van 'n gesertifiseerde beroepspersoon moet indien.
3. Hierdie aansoekvorm moet deur 'n geregistreerde mediese dokter of ander gepas gekwalifiseerde beroepspersoon ingevul word en dit is jou verantwoordelikheid om hierdie vorm te laat invul soos aangedui.
4. Maak asseblief seker dat hierdie vorm behoorlik ingevul en onderteken is, en vergesel gaan van al die vereiste stawende dokumente, aangesien vermiste of uitgelate inligting die afhandeling van die aansoek sal vertraag of jou aansoek sal nie oorweeg word nie.
5. Hierdie aansoekvorm en stawende dokumentasie sal vertroulik bly.

A. BESONDERHEDE van APPLIKANT

1. Titel:			
2. Van:			
3. Volle name:			
4. ID nommer:		5. Geboortedatum:	
6. Geslag:	*Manlik / Vroulik / Ander		
7. Hoogste vlak van onderwys:			
8. Kontakbesonderhede:	* Woonadres / Woonadres van ander persoon (indien toepaslik): <i>(Verskaf hieronder die adres waar u woon en waarheen u pos gestuur kan word. Indien u nie 'n adres het nie, verstrek die adres van 'n ander persoon wat gekontak kan word, bv kerk, skool, gemeenskapsleier ens..)</i>		
	* Posadres / Posadres van ander persoon (indien toepaslik):		
Telefoonnommers:	Huis:	Werk:	Sel no:

10. Dui asseblief jou gestremdheid in die afdeling hieronder aan en verstrek besonderhede van die gestremdheid.		
GESTREMDHEID	DUI MET X AAN	BESONDERHEDE VAN GESTREMDHEID
Hoor (Doof, hardhorend, horende doof en gehoorgestremd)		
Gesig (Blind, swaksiende, doof en blind)		
Beweeglikheid/Motories (fisieke funksies bv. belemmerde funksionaliteit van boonste ledemate of onderste ledemate, kwadriplegie, paraplegie)		
Neurologiese en neuro-ontwikkelingsbelemmerings (bv. breinverlamming, outisme, fetale alkoholsindroom, traumatiese kopbesering, beroerte, epilepsie, aandagsgebrek-hiperaktiwiteitsindroom, disleksie, Down-sindroom, diskalkulie, disgrafie) en gedrags- en sosiale vaardighede (veroorzaak deur bv. mishandeling, verwaarlosing, trauma, ondervoeding)		
Kognisie en leer - matige, ernstige en diepgaande verstandelike gestremdheid		
Kommunikasie - min of geen funksionele spraak		
Gesondheid (diabetes, chroniese toestand, geestesgesondheid bv., depressie, skisofrenie, bipolêre versteuring)		

11. Verstrek asseblief verdere besonderhede as jy 'n gestremdheid het wat nie hierbo genoem word nie **EN** verstrek 'n mediese verslag van 'n geregistreerde mediese dokter of ander gepas gekwalifiseerde beroepspersoon aangaande hierdie gestremdheid:

Handtekening van applikant of die persoon wat die vorm invul
namens die persoon wat bystand benodig

Datum

B. BESONDERHEDE VAN GEREGISTREERDE MEDIESE DOKTER OF GEKWALIFISEERDE BEROEPSPERSON

Table with 5 rows: 1. Titel, 2. Van, 3. Volle name, 4. Spesialiteit, 5. Telefoonnommers (Huis, Werk, Sel no).

6. Hoe lank is u al die applikant se dokter (of gekwalifiseerde beroepspersoon) ?

7. Op watter datum het die applikant u die eerste keer gesien oor hierdie gestremdheid:

8. Op watter datum het die applikant u laas gesien oor hierdie gestremdheid

9. Voorsien asseblief die diagnose van toepassing op die applikant en hoe dit die applikant gestremd laat:

.....
.....

10. Dui asseblief aan hoe die gestremdheid die onderwys- en leerproses van die applikant beïnvloed:

.....
.....
.....

11. Gebruik die applikant 'n bystandtoestel: **JA** / **NEE**

Indien ja –

(a) spesifiseer asb. besonderhede van die bystandtoestel:

(b) dui aan hoekom sodanige toestel vervang moet word:

12. Dui asb. aan watter bystandtoestel nou benodig word:

13. Dui asb. aan of die applikant sal baat vind by die bystandtoestel wat nou benodig word:

14. Dui asb. aan hoe die applikant by die bystandtoestel sal baat vind:

15. Dui asseblief die toepaslikheid van die bystandtoestel in verband met die bepaalde kwalifikasie waarvoor die applikant geregistreer het, aan:

16. Het die applikant bystand in die vorm van menslike ondersteuning nodig? **JA** / **NEE**

Indien ja –

(a) voorsien asseblief besonderhede van die vorm/e van menslike bystand wat benodig word:

(b) dui aan of die menslike ondersteuning wat benodig word, vereis word om te studeer vir die bepaalde kwalifikasie waarvoor die aansoeker geregistreer het:

(c) dui aan of die persoon wat menslike ondersteuning verskaf by die applikant sal moet bly/woon:

17. Verstrek asb. enige ander inligting en/of kommentaar ten opsigte van die applikant se gestremdheid wat tersaaklik is en wat kan help met die assessering van die applikant se aansoek om bystand ten opsigte van 'n bystandtoestel

Verklaring: Ek verklaar en waarborg hierby dat die inligting wat hierbo verstrek is feitlik, waar en korrek is en dat geen wesenlike inligting weerhou is nie en geen tersaaklike omstandighede is uitgelaat nie.

.....
Handtekening

.....
Datum

(Dokter of gekwalifiseerde professionele persoon moet sy/haar stempel hier aanbring om hul besonderhede te bevestig)