



INSCHRIJVINGSDOSSIER
Zorgbedrijf Ouderenzorg Genk (ZOG)

Zorgbedrijf Ouderenzorg Genk (ZOG) bestaat uit 2 woonzorgcentra:

- Woonzorgcentrum Toermalien bevat 264 kamers voor residentieel wonen, 6 kamers voor kortverblijf en dagverzorgingcentrum 't Kosenhuisje dat plaats biedt voor 15 bezoekers per dag. Toermalien en 't Kosenhuisje zijn gelegen op campus Portavida.
- Woonzorgcentrum Mandana bevat 96 kamers voor residentieel wonen. Mandana is gelegen op campus André Dumont.

- **Team Wonen en Leven wzc Toermalien:**

- Residentieel wonen : Kathleen Stas
 - 089/57 35 02 – info@zoggenk.be
- Kortverblijf: Inge Christiaens
 - 089/57 35 06 – info@zoggenk.be
- Dagverzorgingcentrum 't Kosenhuisje: Inge Christiaens
 - 089/57 35 06 – info@zoggenk.be

wzc Toermalien – t.a.v. Team Wonen en Leven - Welzijns-campus 15 - 3600 Genk

- **Team Wonen en Leven wzc Mandana:**

- Residentieel wonen: Sara Vandewal
 - 089/21.19.86 – mandana@zoggenk.be

wzc Mandana – t.a.v. Team Wonen en Leven - Stalenstraat 2 - 3600 Genk

INSCHRIJVINGSDOSSIER

wzc Toermalien

O Residentieel wonen

O Centrum voor Kortverblijf

O Centrum voor Dagverzorging

wzc Mandana

O Residentieel wonen

1. Persoonlijke gegevens

Naam + voornaam:.....

Roepnaam:.....

Rijksregisternummer:.....

Identiteitskaartnummer:.....Geldigheid identiteitskaart:/...../.....

Geboortedatum:...../...../.....Geboorteplaats:.....

Genkenaar sinds?.....Zo nee, woont mantelzorg in Genk?

Nationaliteit:.....

Adres:.....Woonplaats:

Telefoon:.....

Bankrekeningnummer:

Burgerlijke staat:

Ongehuwd Gehuwd met sedert

Weduw(e)naar:van:..... sedert

Samenwonend:..... met:.....

Mutualiteit:Zorgkas:

kleefvignet

2. Familiale toestand

Naam + Voornaam	Verwantschap

2.1. Belangrijke gegevens i.v.m. familierelaties

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

3. Huisarts

Naam: Tel. Thuis:.....

Adres: GSM:

.....

4. Huidige verblijfplaats

Verblijft momenteel/komt van: Ziekenhuis

Naam afdeling:

Woonzorgcentrum:

Thuis

Andere:

5. Aanwezige Thuiszorg (vermelden welke – zie tussen haakjes) :

Thuisverpleging (Wit Gele Kruis/De Voorzorg/Zelfstandige/Andere):

Naam.....Tel.

Adres.....

Hoe vaak:/dag...../week...../maand

Welke zorgen

6. Mentale toestand (gelieve aan te kruisen indien van toepassing) :

Psychische problematiek (bv depressie, psychose ...)

Diagnose dementie

Hoe is de toekomstige bewoner in omgang?

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

Verwardheid (gelieve te omschrijven)

7. Godsdienstige / Filosofische overtuiging

Welke godsdienstige en/of filosofische overtuiging heeft de bewoner?

- rooms-katholiek
- islam
- orthodox
- vrijzinnig
- niet-gelovig
- andere.....

HUIDIGE PRIJZEN WZC TOERMALIEN	
TYPE	DAGPRIJS
Eénpersoonskamer	57,93 €
Echtparenkamer (per persoon)	50,64 €
Kortverblijf	57,93 €
Dagverzorging	26,61 €

HUIDIGE PRIJZEN WZC MANDANA	
TYPE	DAGPRIJS
Eénpersoonskamer	63,73 €
Echtparenkamer (per persoon)	56,73 €

VERKLARING ZAAKGELASTIGDE

De zaakgelastigde is de persoon die de belangen zal behartigen van de toekomstige bewoner. Dit betekent dus om voor de betrokkene alle zaken, zowel van financiële aard (het correct en tijdig betalen van de verblijfsfactuur-voorschot) als van administratieve aard (afhalen post), af te handelen.

Ik, ondergetekende,

Naam:

Verwantschap:

Adres:

Telefoonnummer:

E-Mailadres:

verklaar :

- op te treden als zaakgelastigde van:

geboren te op

wonende te

verblijvende in woonzorgcentrum Toermalien / woonzorgcentrum Mandana

Werd de zaakgelastigde door het vreedegerecht aangeduid als voorlopige bewindvoerder ?

voor goederen ja

neen

voor persoon ja

neen

Datum:

Handtekening:

VERKLARING EERSTE CONTACTPERSOON

Ik, ondergetekende

Naam:

Verwantschap:

Adres:

Telefoonnummer:

E-mailadres:

verklaar :

- op te treden als eerste contactpersoon van

geboren te op

wonende te

verblijvende in woonzorgcentrum Toermalien / woonzorgcentrum Mandana,

- verantwoordelijk te zijn voor het doorgeven van informatie (verkregen door de verpleging) aan de familie.

Indien u als contactpersoon niet bereikbaar bent wie mag er dan gecontacteerd worden?

Naam:

Verwantschap:

Adres:

Telefoonnummer:

Datum:.....

Handtekening:.....

OVERZICHT MAANDELIJKS INKOMEN

Resident:.....

Ik, ondergetekende..... en/of zaakgelastigde,

verklaar hiermee dat bovenvermelde over volgende inkomsten beschikt:

- Pensioen	€
- Beroepsziekten	€
- Arbeidsongevallen	€
- Zorgbudget ouderen zorgnood (voorheen THAB)	€
- Zorgbudget zwaar zorgbehoevenden (voorheen zorgverzekering)	€
- Andere:	€
.....	€	<u>.....</u>
TOTAAL:	€

Heeft u een woning in eigendom?

Heeft bovenvermelde tussenkomst van het OCMW, zo ja welk OCMW?

.....

Datum:

Naam en voornaam: (bewoner en/of zaakgelastigde)

.....

Handtekening:

.....