

Applicant Information/A jelentkező adatai

Full Name/ Teljes név:

Surname/ Vezetéknév

First/ Keresztnév

Address/ Lakcím:

Street Address/Cím

Apartment/ Unit #

City/Város

State/ Állam

Postcode/ Irányítószám

Phone/Tel.:

Email

Date of Birth/

Születési dátum:

Gender/

Nem:

Marital Status/

Családi állapot:

Language/Nyelv

Do you speak English?/ Beszél angolul?

Yes/ Igen

No/ Nem

Not well/ Nem jól

What is your preferred language? Melyik nyelvet részesíti előnyben?

Religion (optional)/ Vallása (opcionális):

Denomination/ Felekezet:

Church now attended/ Templom, amit rendszeresen látogat:

Minister/ Priest for Contact/ Lelkész/ pap kapcsolattartáshoz:

Medicare number/ Medicare szám:

Exp date/ Lejárati dátum:

If you are a pensioner, please provide the **Pension** card number/ Amennyiben nyugdíjas kérjük adja meg a Nyugdíjas kártyájának a számát:

Exp date/ Lejárati dátum:

Do you have **private health insurance**?/ Van egészségügyi magánbiztosítása?

Yes/ Igen

No/ Nem

Do you receive **pension**? If so, what type (age, disability, service pension)?/ Milyen típusú nyugdíjat kap (őregségi, rokkantsági, service nyugdíj)?

Do you receive a full pension/ teljes nyugdíjat kap

a part pension/ részleges nyugdíjat kap

No, I do not receive a pension/ Nem kap nyugdíjat

Your occupation before retirement/ Foglalkozása a nyugdíjazás előtt:

Details of spouse (if applicable)/ Házastárs adatai (amennyiben aktuális)

Name/Név:

Address/ Lakcím:

Street Address/ Cím

Apartment/Unit #

City/ Város

State/ Állam

Postcode/ Irányítószám

Waiting List Application Form Jelentkezési lap várólistára

Details of your current accommodation/ Jelenlegi lakhatási körülményeinek részletei:

Are you living by yourself (or with a spouse)? / Egyedül él (vagy házastárssal)? Yes/ Igen No/ Nem

Are you living with family or friends? / Családdal vagy barátokkal él? Yes/ Igen No/ Nem

Are you living in a supported accommodation such as a special accommodation home, a hostel, or a retirement village? If so, which type and what's their address? /Olyan helyen él, ahol valamilyen segítséget, támogatást kap, pl. speciális szálláshely, idősek otthona, nyugdíjas falu? Ha igen annak típusa és címe: _____

What **community services** do you use now? / Jelenleg milyen szociális szolgáltatásokat használ?

Home help (from a home care provider or local Council)/ Otthoni segítség (melyet egy szolgáltató cég vagy a helyi önkormányzat biztosít) Yes/ Igen No/ Nem

Meals on Wheels/ Ételházhozszállítás Yes/ Igen No/ Nem

District Nurse/ Kerületi nővér Yes/ Igen No/ Nem

Day Care Centre/ Napközi otthon Yes/ Igen No/ Nem

Other (Please specify)/ Egyéb (kérjük sorolja fel). _____

Do you have an **Aged Care Assessment (ACAS)** or **My Support Plan**? Rendelkezik-e a következő dokumentumokkal: **Aged Care Assessment (ACAS)** vagy **My Support Plan**? Yes/Igen No/Nem

If so, please provide the referral code for Permanent/ Respite Care/ Amennyiben igen, kérem adja meg az Állandó/ Átmeneti Ellátásra vonatkozó hivatkozási kódot. _____

Please tick the areas where you **require help** now (please select all that applies)/Kérem jelölje meg az alábbiakban mindazokat a területeket, amelyekben jelenleg segítségre szorul:

Dressing/ undressing <input type="checkbox"/>	Showering/ Tisztálkodás <input type="checkbox"/>	Toileting/ Toalett használat <input type="checkbox"/>
Öltözködés/ vetkőzés <input type="checkbox"/>	Respice/ Átmeneti gondozás <input type="checkbox"/>	Medication management / Gyógyszerszedés <input type="checkbox"/>
Cooking/ Főzés <input type="checkbox"/>	Laundry/ Mosoda <input type="checkbox"/>	Shopping/ banking / Bevásárlás/bank <input type="checkbox"/>
Cleaning/ Takarítás <input type="checkbox"/>		

Can you walk without aids?/ Tud segédeszközök nélkül közlekedni? Yes/ Igen No/ Nem

Can you use public transport?/ Tud tömegközlekedési eszközökön utazni? Yes/ Igen No/ Nem

Do you have special dietary needs?/Van valamilyen speciális étkezési igénye? Yes/ Igen No/ Nem

If yes, please specify/Amennyiben igen, kérjük sorolja fel _____

Do you have any disabilities?/Van valamilyen fogyatékosága? Yes/Igen No/Nem

If so, please specify/Amennyiben igen, kérjük sorolja fel _____

Family Details/A család adatai

Name, address, phone number and email address of children or other close relatives

Gyermekek vagy közeli hozzátartozók neve, címe, telefonszáma és email címe

1. Name/ Név: _____ Relation/ Rokoni Kapcsolat: _____

Address/ Lakcím: _____

Street Address/ Cím

Apartment/Unit #

City/Város

State/Állam

Postcode/Irányítószám

Phone/Tel.: _____

Email _____

Waiting List Application Form Jelentkezési lap várólistára

2. **Name/ Név:** _____ **Relation/ Rokoni Kapcsolat:** _____

Address/ Lakcím: _____

Street Address/ Cím

Apartment/Unit #

City/ Város

State/ Állam

Postcode/ Irányítószám

Phone/Tel.: _____

Email _____

Representative, Power of Attorney details/Képviselő, Meghatalmazott adatai

Do you currently have a person(s) nominated to look after your finances (**Enduring Power of Attorney/ Enduring Power of Attorney (financial)?**)? Jelenleg van-e olyan személy(ek), aki pénzügyeinek kezelésével van megbízva?(Állandó Meghatalmazott/Állandó Pénzügyi Meghatalmazott)
If so, please provide details below/ Amennyiben igen, kérjük adja meg az adatait:

1. **Name/ Név:** _____ **Relation to me/Rokoni Kapcsolat:** _____

Address /Lakcím: _____

Street Address/ Cím

Apartment/ Unit #

City/ Város

State/Állam

Postcode/ Irányítószám

Phone/Tel.: _____

Email _____

2. **Name/ Név:** _____ **Relation to me/ Rokoni Kapcsolat:** _____

Address/ Lakcím: _____

Street Address/ Cím

Apartment/ Unit #

City/ Város

State/ Állam

Postcode/ Irányítószám

Phone/Tel.: _____

Email _____

Do you have a **Medical Power of Attorney/ Medical Treatment Decision Maker?**?/ Van Önnek Orvosi (egészségügyi) meghatalmazottja/ Döntéshozó egészségügyi kérdésekben
If so, please provide details below/Amennyiben igen, kérjük adja meg az adatait:

1. **Name/Név:** _____ **Relation to me/ Rokoni Kapcsolat:** _____

Address/Lakcím: _____

Street Address/ Cím

Apartment/ Unit #

City/ Város

State/ Állam

Postcode/ Irányítószám

Phone/Tel.: _____

Email _____

Waiting List Application Form Jelentkezési lap várólistára

2. Name/ Név: _____ Relation to me/ Rokoni Kapcsolat: _____

Address/ Lakcím: _____

Street Address/ Cím

Apartment/ Unit #

City/ Város

State/ Állam

Postcode/ Irányítószám

Phone/Tel.: _____ Email _____

Financial Information/Pénzügyi információk

Do you and/ or your partner own your own home?/Van-e Önnek és/vagy házastársának saját ingatlana? (if so, please complete details/amennyiben igen, kérjük adja meg az adatokat) Yes/ Igen No/ Nem

Estimated market value of your home/Az ingatlan becsült piaci értéke: \$ _____
Your share/Tulajdoni hányad: _____%

Have you recently completed a '*Residential Aged Care – Calculation of your cost of care*' Centrelink form?/
Kitöltötte a Centrelink '*Bentlakásos idősgondozás – Az ellátás költségeinek meghatározása*'
formanyomtatványt? Yes/ Igen No/ Nem

Please note that we require a copy of the results of Centrelink Assets Assessment before admission to avoid being charged the maximum daily fees.

Kérjük vegye figyelembe, hogy az intézménybe való felvétel előtt szükségünk van a Centrelink Vagyonértékelési eredményének másolatára, hogy elkerüljük a maximális napi ellátási díjak felszámítását.

Please advise how soon would you like to move in./Kérjük szíves tájékoztatását, hogy mikor szeretne az intézménybe beköltözni.

Immediately/ Azonnal

Preparation time required/ Szükséges előkészületek után

I would like to be on the Waiting List, and my family or I will advise when I am ready./ Szeretnék a várólistára felkerülni és a családom vagy jómagam tájékoztatjuk Önöket, amikor készen állok beköltözni

Disclaimer and Signature/Nyilatkozat és aláírás

I certify that my answers are true and complete to the best of my knowledge./ Nyilatkozom, hogy az általam megadott információk a legjobb tudásom szerint igazak.

Signature/ Aláírás: _____ Date/ Dátum: _____