



AANSOEK OM EX GRATIA BYSTAND/ APPLICATION FOR EX GRATIA ASSISTANCE

MOET DEUR HOOFLID VOLTOOI WORD/TO BE COMPLETED BY PRINCIPAL MEMBER

Naam van hooflid/Name of principal member: _____

Naam van pasiënt/Name of patient: _____

Verwantskap/Relationship: _____ Ouderdom/Age: _____

Mediese Fonds Lidnommer/Medical Aid Membership Number: _____

Kontakbesonderhede/Contact Details:

Tuis/Home: () _____ Werk/Work: () _____

Selnommer/Cell Number: _____

E-pos/E-mail: _____

Adres/Address:

Pos/Postal: _____ Woon/Residential: _____

Poskode/Postal Code: _____ Poskode/Postal Code: _____

Besonderhede van bystand benodig/Particulars of assistance required

Rede(s) vir aansoek om ex gratia bystand/Reason(s) for applying for ex gratia assistance
[Rekening moet aangeheg word/Kindly attach accounts]

MOET DEUR MEDIESE PRAKTISYN VOLTOOI WORD/TO BE COMPLETED BY MEDICAL PRACTITIONER

[DRUKSKRIF ASB./PLEASE PRINT]

Naam van praktisyn/Name of practitioner: _____

Praktyknommer/Practice number: _____

Tel.no.: () _____

Naam van pasiënt/Name of patient: _____

DIAGNOSE/DIAGNOSIS: _____

Mediese geskiedenis/Medical history: _____

Geteken/Signed: _____ Datum/Date: _____



INKOMSTE/INCOME

Transnet Werkende Lede/Transnet Employee Members:

Hooflid/Principal Member

Bruto salaris/Gross salary (p.m.):

R

Gepensioeneerde Lede/Pensioner Members:

Hooflid/Principal Member

Bruto pensioen/Gross pension (p.m.):

R

BELANGRIK/IMPORTANT

Ex gratia aansoeke sal op meriete oorweeg word mits die Komitee vergewis is van die feit dat die aansoeker andersins 'n groot finansiële verleentheid en/of gesondheidsrisiko sal ervaar.

Ex gratia applications will be considered by the Committee on merit only if it is convinced that the applicant would otherwise experience extreme financial difficulty and/or health risk.

Die aansoek sal nie oorweeg word nie indien enige gedeelte van die vorm onvolledig voltooi en/of enige ander verlangde inligting ontbreek. The application will not be considered should any section be incomplete or any other required information not be provided.

Toekennings deur die Komitee sal nie oorweeg word nie alvorens daar met die mediese behandeling 'n aanvang geneem is. Grants from the Committee will not be considered in advance of the commencement of any medical treatment required.

U word versoek om volledige besonderhede van finansiële bystand verlang, te voorsien. Besonderhede soos tydsduur, koste verbonde aan behandeling en motivering vir die noodigheid daarvan is nodig om die Komitee in staat te stel om 'n besluit te neem.

You are requested to furnish full details of the financial assistance required. Details such as duration, costs involved and motivation for the necessity of expenses are essential for the Committee to consider an application.

Die Ex gratia Komitee vergader maandeliks. 'n Antwoord op u aansoek kan tot 30 dae neem. U sal skriftelik van die Komitee se besluit verwittig word. Die beslissing van die Komitee is finaal en geen verdere korrespondensie sal daarvoor gevoer word nie.

The Ex gratia Committee meets once a month. A reply to your application could take up to 30 days. You will be advised of the Committee's decision in writing. The decision of the Committee is final and no further correspondence regarding it will be entered into.

**DIE INDIEN VAN 'N AANSOEK OM EX GRATIA BYSTAND IS GEEN VERSEKERING DAT BYSTAND VERLEEN SAL WORD NIE.
THE SUBMISSION OF AN APPLICATION FOR EX GRATIA ASSISTANCE IS NOT A GUARANTEE THAT ASSISTANCE WILL BE GRANTED.**

Besorg hierdie aansoekvorm terug aan/Return this application form to:

Die Voorsitter/The Chairperson
Ex gratia Komitee/Ex gratia Committee
Privaatsak X50/Private Bag X50
BRAAMFONTEIN
2017

Tel.: 0800 110 268 of/or 0800 450 010 of/or 011 381 2020

Faks/Fax: 011 381 2390

Ek _____ die ondergetekende en hooflid van die Transmed Mediese Fonds, is vertrouwd met die inhoud van hierdie aansoekvorm. Ek verklaar hiermee dat die inligting soos verstrek in hierdie aansoekvorm en/of meegaande dokumente waar en korrek is.

I _____ the undersigned and principal member of the Transmed Medical Fund, state that I am familiar with the contents of this application form. I declare that information provided in this application form and/or enclosed documents is true and correct.

Handtekening/Signature: _____ Datum/Date: _____

for all our people