Anmeldeformular «Betreutes Wohnen»

Bitte das Formular vollständig ausfüllen und an die Administration zurückgeben

BEILAGEN ZU DIESER ANMELDUNG

- ❒ Ausweis-Kopie
- ❒ Krankenversicherung-Ausweis
- ❒ Betreibungsregisterauszug
- ❒ Nachweis Haftpflichtversicherung
- ❒ Kopie der Patientenverfügung / Vorsorgeauftrag

IHR INTERESSE

Gewünschtes Eintrittsdatum: _____

Ich interessiere mich für:

- ❒ Betreutes Wohnen «Residenz»
- ❒ Betreutes Wohnen «Südtrakt»
  - ○ Wohnungsgrösse: 1.5 / 2.5 / 3.5 / 4.5

Parkplatz: Ja / Nein

Wenn «Ja» - Fahrzeug Kennzeichen: _____

Anmerkungen: _____

_____

_____

PERSONALIEN

Person 1

Name:	_____	Vorname:	_____
Strasse/Nr.:	_____	PLZ/Ort:	_____
Geburtsdatum:	_____	Telefon Nr.:	_____
Zivilstand:	_____	AHV-Nr.:	_____
Heimatort:	_____	E-Mail:	_____

Person 2

Name: _____ Vorname: _____

Strasse/Nr.: _____ PLZ/Ort: _____

Geburtsdatum: _____ Telefon Nr.: _____

Zivilstand: _____ AHV-Nr.: _____

Heimatort: _____ E-Mail: _____

KONTAKTPERSONEN

1. Bezugsperson

Name: _____

Vorname: _____

Strasse/Nr.: _____

PLZ/Ort: _____

Tel. Privat: _____

Natel: _____

E-Mail: _____

Bezug zu BewerberIn: _____

2. Bezugsperson

Name: _____

Vorname: _____

Strasse/Nr.: _____

PLZ/Ort: _____

Tel. Privat: _____

Natel: _____

E-Mail: _____

Bezug zu BewerberIn: _____

Gesetzliche Vertretung (TreuhänderIn, Beistandschaft, Vormundschaft)

1. Bezugsperson

Rolle: _____

Name: _____

Vorname: _____

Strasse/Nr.: _____

PLZ/Ort: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

2. Bezugsperson

Rolle: _____

Name: _____

Vorname: _____

Strasse/Nr.: _____

PLZ/Ort: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

RECHNUNGSADRESSE

Name: _____

Vorname: _____

Strasse/Nr.: _____

PLZ/Ort: _____

Tel. Privat: _____

Tel. Geschäft: _____

Natel: _____

E-Mail: _____

Bezug zu BewerberIn: _____

RECHNUNGSZUSTELLUNG

- ❒ Per Post
- ❒ Per E-Mail (Link zur PDF-Rechnung im Abholungsportal)
- ❒ eBill (direkte Abrechnung über Ihr E-Banking)

HAUSARZT / HAUSÄRZTIN

Name: _____ Vorname: _____

Strasse: _____ PLZ/Ort: _____

Telefon Nr.: _____ Fax Nr.: _____

E-Mail **(zwingend)**: _____

KRANKENKASSE

KK-Name: _____ PLZ/Ort: _____

Versichertennummer: _____

Haben Sie eine Zusatzversicherung: Nein ☐ Ja ☐

Name Zusatzversicherung: _____

Datum _____ *Unterschrift* _____