

Anmeldeformular «Betreutes Wohnen»

Bitte das Formular vollständig ausfüllen und an die Administration zurückgeben

BEILAGEN ZU DIESER ANMELDUNG

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Ausweis-Kopie | <input type="checkbox"/> Dokument Reanimations-Status |
| <input type="checkbox"/> Krankenversicherung-Ausweis | <input type="checkbox"/> Kopie Covid-Zertifikat |
| <input type="checkbox"/> Betriebsregisterauszug | <input type="checkbox"/> Kopie der Patientenverfügung / |
| <input type="checkbox"/> Nachweis Haftpflichtversicherung | 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: ZH _____

Anmerkungen: _____

PERSONALIEN

Person 1

Name: _____ Vorname: _____

Strasse/Nr.: _____ PLZ/Ort: _____

Geburtsdatum: _____ Telefon Nr.: _____

Zivilstand: _____ Konfession: _____

Heimatort: _____ AHV-Nr.: _____

E-Mail: _____

Person 2

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

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 _____