

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"/> Nachweis Haftpflichtversicherung |
| <input type="checkbox"/> Krankenversicherung-Ausweis | <input type="checkbox"/> Kopie der Patientenverfügung /
Vorsorgeauftrag |
| <input type="checkbox"/> Betreibungsregisterauszug | |

IHR INTERESSE

Gewünschtes Eintrittsdatum: _____

Ich interessiere mich für:

- | | |
|--|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Betreutes Wohnen «Residenz» | |
| <input type="checkbox"/> 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: _____

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 _____