

## Anmeldung für einen Wohnplatz in Aarwangen

Dringend

Vorsorglich

### Interessent:in

Name & Vorname: \_\_\_\_\_

Lediger Name: \_\_\_\_\_

Strasse, PLZ & Ort: \_\_\_\_\_

Telefon/Handy: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Gesetzlicher Wohnsitz: \_\_\_\_\_

Heimatort: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

AHV-Nr.: \_\_\_\_\_

Zivilstand: ledig

verheiratet mit: \_\_\_\_\_ seit: \_\_\_\_\_

eingetragene Partnerschaft mit:  
\_\_\_\_\_ seit: \_\_\_\_\_

geschieden von: \_\_\_\_\_ seit: \_\_\_\_\_

verwitwet seit: \_\_\_\_\_

Konfession: reformiert                      katholisch                      keine

Andere Konfession: \_\_\_\_\_

### Vertreter:in

Beistand nach Art: \_\_\_\_\_

Anderer Bezug zu Interessent:in: \_\_\_\_\_

Name & Vorname: \_\_\_\_\_

Strasse, PLZ & Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: P: \_\_\_\_\_ G: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

### Rechnungsstelle (für finanzielle Belange)

Name & Vorname: \_\_\_\_\_

Strasse, PLZ & Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: P: \_\_\_\_\_ G: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

## Aktueller Hausarzt

Name & Ort: \_\_\_\_\_

Patientenverfügung: Ja, erstellt am: \_\_\_\_\_  
Nein

## Krankenkasse

Name Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Versicherungs-Nr.: \_\_\_\_\_

Versichertenkarten-Nr.: 807. \_\_\_\_\_

## Versicherung

Zukünftigen Bewohnenden bieten wir kostengünstig eine kollektive Privathaftpflicht- und Hausratversicherung an. Nähere Informationen dazu entnehmen Sie aus dem Merkblatt im Internet unter:

<https://www.lebensart.ch/de/standorte/aarwangen/wohnanbot/tarife-anmeldung/>

Ja. Ich schliesse mich der kollektiven Privathaftpflicht- und Hausratversicherung an, und bezahle dafür CHF 8.00 pro Monat.

<b>Finanzierung</b>	AHV-Rentner:in	IV-Rentner:in	IV-Anmeldung eingereicht
	andere: _____		
Hilflosenentschädigung:	keine		
	leichten Grades	mittleren Grades	schweren Grades
Ergänzungsleistungen:	keine	Ja. Legen Sie unbedingt die Bestätigung bei.	

## Angehörige 1

Name & Vorname: \_\_\_\_\_

Strasse, PLZ & Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: P: \_\_\_\_\_ G: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Verwandtschaftsgrad: \_\_\_\_\_

## Angehörige 2

Name & Vorname: \_\_\_\_\_

Strasse, PLZ & Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: P: \_\_\_\_\_ G: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Verwandtschaftsgrad: \_\_\_\_\_

**Bisherige Aufenthalte****Grund der Anmeldung mit kurzem Situationsbericht****Kontaktperson für Rückfragen und weitere Informationen**

Institution: \_\_\_\_\_

Name & Vorname: \_\_\_\_\_

Strasse, PLZ & Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: P: \_\_\_\_\_ G: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

**Vollmacht**

Der Klientendienst und die verantwortlichen Mitarbeitenden der Stiftung Lebensart in Aarwangen sowie die Heimärzte werden hiermit ausdrücklich ermächtigt, die zur Erfüllung ihres Auftrages notwendigen Unterlagen (Berichte, Arztzeugnisse, Gutachten usw.) bei den zuständigen Stellen zur Einsichtnahme anzufordern und einzusehen. Ausserdem wird die zuständige IV-Stelle bzw. Ausgleichskasse zur Auskunftserteilung gegenüber den oben genannten Personen ermächtigt.

**Ich bestätige mit der Unterschrift, dass die Angaben der Wahrheit entsprechen, und erkläre mich mit der Anmeldung für einen Wohnplatz einverstanden:**

Ort, Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift Angemeldete:r

Unterschrift Vertreter:in

\_\_\_\_\_