

Anmeldung für einen Heimplatz in Konolfingen

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/Handy: P: _____ G: _____

E-Mail: _____

Rechnungsstelle (für finanzielle Belange)

Name & Vorname: _____

Strasse, PLZ & Ort: _____

Telefon/Handy: P: _____ G: _____

E-Mail: _____

Aktueller Hausarzt

Name & Ort: _____

Patientenverfügung: Ja, erstellt am: _____
Nein

Vorsorgeauftrag: Ja _____ 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/konolfingen/wohnanangebot/tarife-anmeldung/>

Finanzierung	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/Handy: P: _____ G: _____

E-Mail: _____

Verwandtschaftsgrad: _____

Angehörige 2

Name & Vorname: _____

Strasse, PLZ & Ort: _____

Telefon/Handy: 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/Handy: P: _____ G: _____

E-Mail: _____

Vollmacht

Der Klientendienst und die verantwortlichen Mitarbeitenden der Stiftung Lebensart in Konolfingen 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 Interessent:in

Unterschrift Vertreter:in
