LEBENSART

Anmeldung für Wohnen mit Dienstleistungen Konolfingen

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: _____

LEBENSART

Aktueller Hausarzt

Name & Ort: _____

Patientenverfügung ☐ Ja, erstellt am: _____

☐ Nein

Vorsorgeauftrag: ☐ Ja ☐ Nein

Krankenkasse

Name Krankenkasse: _____

Versicherungs-Nr.: _____

Versichertenkarten-Nr.: 807. _____

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.

Wir weisen Sie ausdrücklich darauf hin, dass die Siedlungs-Wohnungen nicht vollständig über Ergänzungsleitungen finanzierbar sind.

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: _____

LEBENSART

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

_____

Formular per E-Mail senden