

Anmeldung für einen Wohnplatz im Buchenhaus in Bärau

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: _____

Eltern (wenn verstorben, nur Name & Vorname)

Mutter

Name & Vorname: _____

Lediger Name: _____

Strasse, PLZ & Ort: _____

Telefon: P: _____ G: _____

E-Mail: _____

Vater

Name & Vorname: _____

Strasse, PLZ & Ort: _____

Telefon: P: _____ G: _____

E-Mail: _____

Gesetzliche Vertretung

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. _____

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/buchenhaus>

Finanzierung

☐ AHV-Rentner:in

☐ IV-Rentner:in

☐ IV-Anmeldung eingereicht

☐ andere: _____

Hilflosenentschädigung: ☐ keine

☐ leichten Grades

☐ mittleren Grades

☐ schweren Grades

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 sowie die Institutionsärzte 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 gesetzliche Vertretung

Formular per E-Mail senden