

Anmeldung für Wohnen mit Dienstleistungen Konolfingen

Interessent/in

Name & Vorname _____

Lediger Name _____

Strasse, PLZ & Ort _____

Telefon/Handy _____

E-Mail _____

Newsletter **Ja** Sie erhalten rund 6x jährlich unsere News, Geschichten und Fakten per E-Mail zugestellt.

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

wenn andere, welche _____

Vertreter/in

Beistand nach Art.: _____ anderer Bezug zu Interessent/-in: _____

Name & Vorname _____

Strasse, PLZ & Ort _____

Telefon **P** _____ **G** _____

E-Mail _____

Newsletter **Ja** Sie erhalten rund 6x jährlich unsere News, Geschichten und Fakten per E-Mail zugestellt.

Rechnungsstelle (für finanzielle Belange)

Name & Vorname

Strasse, PLZ & Ort

Telefon

P

G

E-Mail

Newsletter

Ja Sie erhalten rund 6x jährlich unsere News, Geschichten und Fakten per E-Mail zugestellt.

Aktueller Hausarzt

Name & Ort

Patientenverfügung

Ja

erstellt am

Nein

Krankenkasse

Name Krankenkasse

Versicherungs-Nr.

Karten-Nr.

Zukünftigen Bewohnenden bieten wir kostengünstig eine kollektive Privathaftpflicht- und Hausratversicherung an. Nähere Informationen dazu entnehmen Sie aus dem Merkblatt im Internet <https://www.lebensart.ch/wohnangebot/konolfingen/anmeldeformulare/>

Finanzierung

AHV-Rentner/-in IV-Rentner/-in IV-Anmeldung eingereicht

andere

Hilflosenentschädigung

keine leichten Grades mittleren Grades schweren Grades

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

Angehörige 1

Name & Vorname

Strasse, PLZ & Ort

Telefon

P

G

E-Mail

Newsletter

 Ja

Sie erhalten rund 6x jährlich unsere News, Geschichten und Fakten per E-Mail zugestellt.

Verwandtschafts-
grad

Angehörige 2

Name & Vorname

Strasse, PLZ & Ort

Telefon

P

G

E-Mail

Newsletter

 Ja

Sie erhalten rund 6x jährlich unsere News, Geschichten und Fakten per E-Mail zugestellt.

Verwandtschafts-
grad

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 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 Heimplatz einverstanden:

Ort, Datum

Unterschrift Angemeldete/r

Unterschrift Vertreter/in
