



## Anmeldeformular

### Alterswohnung

Gewünschter Wohnungstyp / Standort			
<input type="checkbox"/> 1 ½ Zi-Wohnung	<input type="checkbox"/> Im Grampen	<input type="checkbox"/> Im Baumgarten	<input type="checkbox"/> Rössligasse
<input type="checkbox"/> 2 ½ Zi-Wohnung	<input type="checkbox"/> Im Grampen	<input type="checkbox"/> Im Baumgarten	<input type="checkbox"/> Rössligasse
<input type="checkbox"/> 3 ½ Zi-Wohnung	<input type="checkbox"/> Im Grampen	<input type="checkbox"/> Im Baumgarten	

Anmeldende Person 1	
<b>Name:</b> _____	<b>Heimatort:</b> _____
<b>Vorname:</b> _____	<b>Zivilstand:</b> _____
<b>Geb. Datum:</b> _____	<b>Konfession:</b> _____
<b>Adresse:</b> _____	<b>E-Mail:</b> _____
<b>PLZ / Wohnort</b> _____	<b>Telefon:</b> _____

Anmeldende Person 2	
<b>Name:</b> _____	<b>Heimatort:</b> _____
<b>Vorname:</b> _____	<b>Zivilstand:</b> _____
<b>Geb. Datum:</b> _____	<b>Konfession:</b> _____
<b>Adresse:</b> _____	<b>E-Mail:</b> _____
<b>PLZ / Wohnort</b> _____	<b>Telefon:</b> _____

Angehörige / Bezugsperson	
1. Ansprechperson (Kontakt, der im Notfall avisiert werden soll)	2. Ansprechperson
<b>Name:</b> _____	<b>Name:</b> _____
<b>Vorname:</b> _____	<b>Vorname:</b> _____
<b>Adresse:</b> _____	<b>Adresse:</b> _____
<b>PLZ/Wohnort:</b> _____	<b>PLZ/Wohnort:</b> _____
<b>Telefon Privat:</b> _____	<b>Telefon Privat:</b> _____
<b>Telefon Geschäft:</b> _____	<b>Telefon Geschäft:</b> _____
<b>E-Mail</b> _____	<b>E-Mail</b> _____
<input type="checkbox"/> Ehepartner / Partner	<input type="checkbox"/> Ehepartner / Partner
<input type="checkbox"/> Sohn / Tochter	<input type="checkbox"/> Sohn / Tochter
<input type="checkbox"/> Bruder / Schwester	<input type="checkbox"/> Bruder / Schwester
<input type="checkbox"/> Anderes: _____	<input type="checkbox"/> Anderes: _____

<b>Finanzielles (Zutreffendes bitte ankreuzen)</b>	
<input type="checkbox"/>	Sie erledigen die finanziellen Angelegenheiten selbständig und ohne Hilfe (Sie sind zugleich Rechnungsempfänger)
<input type="checkbox"/>	Die finanziellen Angelegenheiten erledigt eine Vertrauensperson. (Diese Person ist Rechnungsempfänger):
	Name / Vorname: _____
	Adresse: _____
	PLZ / Wohnort: _____
	Besteht eine Vollmacht? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Besteht eine Beistandschaft? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/>	Bezug von Ergänzungsleistungen
<input type="checkbox"/>	Bezug von Hilflosenentschädigung
<b>Depot / Mietkaution</b>	
Beim Bezug einer Wohnung wird mit der Ausstellung des Mietvertrages ein Mieterkautions-Sparkonto (drei Mietzinse) eingerichtet.	
<b>Hausarzt</b>	
<b>Name:</b> _____	<b>Ist eine Patientenverfügung vorhanden?</b>
<b>Vorname:</b> _____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<b>Adresse:</b> _____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<b>PLZ / Wohnort</b> _____	<b>Ist ein Vorsorgeauftrag vorhanden?</b>
<b>Telefon</b> _____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<b>Persönliche Wünsche</b>	
Eintrittstermin:	
<input type="checkbox"/> Sofort	<input type="checkbox"/> laufendes Jahr
<input type="checkbox"/> in 1-2 Jahren	<input type="checkbox"/> in 3-5 Jahren
Wünschen Sie einen Telefonanschluss? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

**Person 1**

Ort, Datum

Unterschrift

**Person 2**

Ort, Datum

Unterschrift

**Zusatz zur Anmeldung**

Wir werden Ihre Anmeldung in unsere Warteliste aufnehmen. Das Datum der Anmeldung wird, neben weiteren Kriterien, wie Wohnort, Dringlichkeit uvm., für die Beurteilung des allfälligen Eintrittes berücksichtigt. Bei Erhalt Ihrer Anmeldung wird der Eingang unsererseits schriftlich bestätigt und wir werden bei nächster Gelegenheit mit Ihnen Kontakt aufnehmen. Ihre Angaben werden selbstverständlich vertraulich behandelt.