

Telefon 055 254 31 11 (Mo–Fr 9–11.30 und 14–17 Uhr)
Fax 055 254 31 12
E-Mail breitlen@azbreitlen.ch
Internet www.azbreitlen.ch

Alterssiedlung

Anmeldeformular Alterssiedlung

Name: Konfession:
Vorname: Beruf (früher):
Geburtsdatum: AHV-Nr. (neu):
Zivilstand: Krankenkasse:
Adresse: Sektion:
PLZ / Wohnort: Mitglied-Nr.:
Tel.-Nr.: Karten-Nr.:
Heimatort: Nationalität:
momentaner Aufenthaltsort:
Kontakt (Tel.-Nr.):
angemeldet in welcher Gemeinde:
Vorsorgeauftrag vorhanden Ja Nein Patientenverfügung vorhanden Ja Nein

Rechnungsadresse

Name / Vorname:
Adresse:
PLZ / Wohnort:
Tel. Nr. P.:
Tel. Nr. G.:
Tel. Nr. Mobil:
E-Mail:
Beziehungsgrad:

1. Kontaktperson

Name / Vorname:
Adresse:
PLZ / Wohnort:
Tel. Nr. P.:
Tel. Nr. G.:
Tel. Nr. Mobil:
E-Mail:
Beziehungsgrad:

Beistand oder Vormund: Ja Nein Name Beistand/Vormund:

Weitere Bezugspersonen / Angehörige

Name / Vorname: Name / Vorname:
Adresse: Adresse:
PLZ / Wohnort: PLZ / Wohnort:
Tel. Nr. P.: Tel. Nr. P.:
Tel. Nr. G.: Tel. Nr. G.:
Tel. Nr. Mobil: Tel. Nr. Mobil:
E-Mail: E-Mail:
Beziehungsgrad: Beziehungsgrad:

Hausarzt

Name / Vorname:
Adresse:
PLZ / Wohnort:
Tel. Nr.:
E-Mail:

weiter behandelnder Arzt

Name / Vorname:
Adresse:
PLZ / Wohnort:
Tel. Nr.:
E-Mail:

Weitere Kontaktpersonen (SPITEX / andere Institutionen)

Name / Vorname:
Adresse:
PLZ / Wohnort:
Tel. Nr.:
E-Mail:

Name / Vorname:
Adresse:
PLZ / Wohnort:
Tel. Nr.:
E-Mail:

Gewünschte Wohnungskategorie

- 1-Zimmer-Wohnung 2-Zimmer-Wohnung (Vorrang 2 Personen)

Einkommens- und Vermögensverhältnisse

Um jedermann einen sorgenfreien Aufenthalt zu ermöglichen, bitten wir Sie diese Zusatzangaben auszufüllen.

- | | | |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| Ich beziehe Ergänzungsleistungen der AHV / IV: | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Mein Einkommen deckt die Heimkosten: | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Mein Vermögen besteht über Fr. 50'000: | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Hilflosenentschädigung angemeldet: | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Ich wünsche ein Finanzierungsgespräch: | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

Ärztliches Anmeldezeugnis

Vor dem Wohnungsbezug muss ein ärztliches Anmeldezeugnis abgegeben werden.

Bemerkungen:
.....
.....

Datum der Anmeldung: Unterschrift:

Wir bitten Sie, das Anmeldeformular an folgende Adresse zu senden:

Alterszentrum Breitlen AG, Obstgartenstrasse 2, 8634 Hombrechtikon, z. H. Leitung Hotellerie