

## Anmeldeformular für eine Wohnung

### Alle Angaben werden vertraulich behandelt

Der besseren Lesbarkeit wegen, wird im Formular auf die Unterscheidung von weiblicher und männlicher Anrede verzichtet. Es sind jedoch immer beide Geschlechter angesprochen.

---

### 1. Anmeldung

#### Betreutes Wohnen

- 2-Zimmerwohnung Nummer \_\_\_\_\_  Ferienwohnung  
 Garagenplatz:  ja  nein  
 Haustier:  ja  nein

#### Bemerkungen zum Eintritt: Eintrittsdatum in 2-Zimmer-Wohnung

---

---

### 2. Personalien

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Strasse, Nr.: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Früherer Beruf oder Tätigkeit: \_\_\_\_\_

Konfession:  reformiert  katholisch  keine  andere \_\_\_\_\_

Sohn/Tochter des: \_\_\_\_\_ (Vorname und Name des Vaters)

Sohn/Tochter der: \_\_\_\_\_ (Vorname und Name der Mutter)

Zivilstand:  ledig  
 verheiratet seit \_\_\_\_\_  
 verwitwet seit \_\_\_\_\_  
 geschieden seit \_\_\_\_\_  
 eingetragene Partnerschaft seit \_\_\_\_\_

AHV-Nr.: \_\_\_\_\_

Telefon-Nr. Privat: \_\_\_\_\_ Handy: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Heimatort/Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_ Geburtsort \_\_\_\_\_

Letzter Wohnort: \_\_\_\_\_ (genaue Adresse)

Wohnhaft in der Gemeinde seit: \_\_\_\_\_

Letzte Wohnart (Aufenthalt vor Eintritt):  Privathaushalt  Spital  
 anderes Heim \_\_\_\_\_

Spitexbetreuung vor Eintritt:  nein  ja, Gemeinde \_\_\_\_\_

### 3. Ausgleichskasse

Name/Adresse der Ausgleichskasse: \_\_\_\_\_

### 4. Krankenkasse (Grund- und Zusatzversicherung)

Name/Adresse der Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Versicherungs-Nr.: \_\_\_\_\_ Karten-Nummer: \_\_\_\_\_

Karte gültig bis: \_\_\_\_\_

allg.  1/2 privat  privat - \_\_\_\_\_

**→ Bitte Kopie der aktuellen Krankenkassenkarte (Vorder- und Rückseite) und Police der Zusatzversicherung beilegen.**

### 5. Haftpflichtversicherung:

Name/Adresse der Versicherung: \_\_\_\_\_

Policen-Nr.: \_\_\_\_\_

### 6. Angehörige / Ansprechperson / gesetzliche Vertreter

**→ Bei Notfällen werden die Angehörigen in der angegebenen Reihenfolge benachrichtigt.**

1. Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Strasse: \_\_\_\_\_ PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Telefon-Nr. P: \_\_\_\_\_ Tel.-Nr. G.: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_ Handy: \_\_\_\_\_

Tag und Nacht kontaktieren  erst am Tag kontaktieren

Verwandtschaftsgrad/Funktion: \_\_\_\_\_

2. Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_  
Strasse: \_\_\_\_\_ PLZ/Ort: \_\_\_\_\_  
Telefon-Nr. P: \_\_\_\_\_ Tel.-Nr. G.: \_\_\_\_\_  
E-Mail: \_\_\_\_\_ Handy: \_\_\_\_\_  
 Tag und Nacht kontaktieren  erst am Tag kontaktieren

Verwandschaftsgrad/Funktion: \_\_\_\_\_

3. Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_  
Strasse: \_\_\_\_\_ PLZ/Ort: \_\_\_\_\_  
Telefon-Nr. P: \_\_\_\_\_ Tel.-Nr. G.: \_\_\_\_\_  
E-Mail: \_\_\_\_\_ Handy: \_\_\_\_\_  
 Tag und Nacht kontaktieren  erst am Tag kontaktieren

Verwandschaftsgrad/Funktion: \_\_\_\_\_

Korrespondenz ist zu richten an:

Bewohner  Ansprechperson 1  Ansprechperson 2  Ansprechperson 3

## 7. Hausarzt

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_  
Strasse: \_\_\_\_\_ PLZ/Ort: \_\_\_\_\_  
Telefon-Nr.: \_\_\_\_\_ Fax-Nr.: \_\_\_\_\_  
E-Mail: \_\_\_\_\_

→ **Bei dringlichen Anmeldungen bitte aktuelles Arztzeugnis beilegen.**

## 8. Augenarzt

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_  
Strasse: \_\_\_\_\_ PLZ/Ort: \_\_\_\_\_  
Telefon-Nr.: \_\_\_\_\_ Fax-Nr.: \_\_\_\_\_  
E-Mail: \_\_\_\_\_

## 9. Zahnarzt

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Strasse: \_\_\_\_\_ PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Telefon-Nr.: \_\_\_\_\_ Fax-Nr.: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

## 10. Finanzierung

→ **bitte aktuelle, detaillierte Steuerveranlagung beilegen**

Die Rechnungsstellung der Rechnung erfolgt an:

- Bewohner    Ansprechperson 1    Ansprechperson 2    Ansprechperson 3  
 Treuhandbüro    Via LSV (Lastschriftverfahren)

Wer verfügt über die Vollmachten zur Erledigung Ihrer administrativen und finanziellen Angelegenheiten?

- Ich selbst    Ansprechperson 1    Ansprechperson 2    Ansprechperson 3  
 Treuhandbüro

Beziehen Sie bereits Ergänzungsleistungen?       ja       nein

→ **wenn ja, bitte Verfügung beilegen**

Beziehen Sie bereits Hilflosenentschädigung?       ja       nein

→ **wenn ja, bitte Verfügung beilegen**

Haben Sie jemals Schenkungen gemacht?       ja       nein

Besitzen Sie Grundeigentum?       ja       nein

→ **wenn ja, ist eine Liegenschaft selbstbewohnt durch:**

- Ehefrau / Ehemann       eingetragen(e) Partner oder Partnerin

→ **Der / die Unterzeichnende erklärt mit der Unterschrift auf dieser Anmeldung, dass für die Bezahlung der Heimkosten vollumfänglich Garantie übernommen wird und entsprechende Sicherheiten vorhanden sind. In diesem Falle sind zusätzlich zu den geforderten Belegen noch folgende Unterlagen beizulegen:**

- Kontostände Bank/Post per 31.12. des vergangenen Jahres
- Quittung / Beleg der letzten AHV-Rentenzahlung
- Quittung / Beleg der letzten Rentenzahlung der Pensionskasse
- Quittungen / Belege allfällig weiterer regelmässiger Einkünfte

## 11. Gesundheitsfragen

Sind Sie Raucher?  ja  nein

Benötigen Sie andere Kost (Diät)?  ja  nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Werden Sie zurzeit von der Spitex betreut?  ja  nein

Wenn ja, weshalb? \_\_\_\_\_

### Spitexorganisation

Name der Spitex: \_\_\_\_\_

Ansprechperson: \_\_\_\_\_

Strasse: \_\_\_\_\_ PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Telefon-Nr.: \_\_\_\_\_ Fax-Nr.: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Ohne Ihren ausdrücklichen Gegenbericht, wird das Heim bei dringenden Anmeldungen eine Bestätigung der ambulanten Dienste (Spitex) über deren Leistungsumfang einholen.

## 12. Verfügungen

Verfügen Sie über eine Patientenverfügung?  ja  nein

→ **wenn ja, bitte eine Kopie beilegen**

Verfügen Sie über einen Vorsorgeauftrag?  ja  nein

→ **wenn ja, bitte eine Kopie beilegen**

## 13. Beistandschaft

Haben Sie einen Beistand?  ja  nein

→ **wenn ja, bitte ein Kopie beilegen**

## 14. Diverse Wünsche

Montagearbeiten:  ja  nein  
wenn ja, was? \_\_\_\_\_

Elektroarbeiten:  ja  nein  
wenn ja, was? \_\_\_\_\_

## 15. Weitere Bemerkungen

Ort, Datum: \_\_\_\_\_

Unterschriften:

\_\_\_\_\_  
Bewerbende

\_\_\_\_\_  
Vertreter(in)

### Benötigte Beilagen zur Anmeldung einer 2-Zimmer-Wohnung

- |                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                       |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Totalkosten der Krankenkassenprämie (Police)                                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> Kontostände Bank/Post per 31.12.                             |
| <input type="checkbox"/> Aktuelles Arztzeugnis                                                                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> Quittung/Beleg der letzten AHV-Rentenauszahlung              |
| <input type="checkbox"/> Kopie der letztgültigen Steuerveranlagung (inkl. Details)                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> Quittung/Beleg der letzten Rentenzahlung der Pensionskasse   |
| <input type="checkbox"/> (evtl.) Total Angaben für allg. Lebenskosten pro Mt. Beinhaltet: Kleider, Einrichtung, weitere Vers.-Prämien, Kosten Auto/Verkehrsmittel, Taschen-Geld, Ferien, Freizeit, Geschenke, Tabakwaren etc.) | <input type="checkbox"/> Quittungen/Belege allfällig weiterer regelmässiger Einkünfte |
|                                                                                                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> Kopie Krankenkassenkarte (beidseitig)                        |

Sofern vorhanden:

- Verfügung Ergänzungsleistung
- Verfügung Hilflosenentschädigung
- Patientenverfügung (ZGB 370-373)
- Vollmachtsregelung bei Urteilsunfähigkeit (ZGB 374-376)

Falls Spitexleistung benötigt:

- Verordnung vom Arzt (ärztliches Zeugnis)
- Ärztliches Diagnoseblatt
- Überweisungsbericht von Spitex