



VEREIN FÜR ALTERSSIEDLUNGEN NEUENHOF

Verwaltung

Sonnmattweg 2, 5432 Neuenhof

Tel. 056 406 38 80 / Fax 056 406 38 85

verwaltung@sonnmatt-neuenhof.ch

Anmeldung Wohnen mit Dienstleistungen

Wir empfehlen Ihnen, eine Anmeldung erst einzureichen, wenn eine gewisse Dringlichkeit besteht, Sie also zum Beispiel innert Jahresfrist einziehen möchten.

Bitte alles in Frage kommende/gewünschte ankreuzen:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 1-Zimmer-Wohnung | <input type="checkbox"/> 2-Zimmer-Wohnung mit Balkon |
| <input type="checkbox"/> 2 ½-Zimmer-Wohnung | <input type="checkbox"/> Mittag Mahlzeiten im Restaurant |
| <input type="checkbox"/> benötige bereits Spitex | <input type="checkbox"/> Unterstützung durch Spitex in Zukunft |
| <input type="checkbox"/> Unterstützung Hauswirtschaft | <input type="checkbox"/> Parkplatz <input type="checkbox"/> Auto / <input type="checkbox"/> Elektro Mobil |

Personalien:

Familienname: _____ Vorname: _____

Ledigenname: _____ Heimatort: _____

Adresse: _____

E-Mail: _____ Zivilstand: _____

Telefon: _____ Mobiltelefon: _____

Geburtsdatum: _____ Sozialversicherungs-Nr.: **756.**

Name und Adresse Hausarzt: _____

Ort und Datum _____ Unterschrift: _____

Partner:

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Sozialversicherungs-Nr.: **756.**

Name und Adresse Hausarzt: _____

Ort und Datum _____ Unterschrift: _____

Angehörige (Hauptansprechperson): Verwandtschaftsgrad: _____

Name: _____ Vorname: _____

Adresse: _____

E-Mail: _____ Mobiltelefon: _____

Anmeldung Wohnen mit Dienstleistungen

Angehörige: Verwandtschaftsgrad: _____
Name: _____ Vorname: _____
Adresse: _____
E-Mail: _____ Mobiltelefon: _____

Angehörige: Verwandtschaftsgrad: _____
Name: _____ Vorname: _____
Adresse: _____
E-Mail: _____ Mobiltelefon: _____

Krankenkasse:
Name: _____
Adresse: _____
Versicherten-Nr: _____

Falls zutreffend, bitte ausfüllen:

Gesetzliche Vertretung (Beistand): Art der Beistandschaft: _____
Name: _____ Vorname: _____
Adresse: _____
E-Mail: _____ Mobiltelefon: _____

Rechnungsempfänger: Verwandtschaftsgrad: _____
Name: _____ Vorname: _____
Adresse: _____
E-Mail: _____ Telefon: _____

Sozialhilfe:
 beantragt: Datum _____, auf Bescheid wartend
 nein, abgelehnt
 ja

Ergänzungsleistungen:
 beantragt: Datum _____, auf Bescheid wartend
 nein, abgelehnt
 ja

Hilflosenentschädigung:
 beantragt: Datum _____, Jahresfrist abwartend, auf Bescheid wartend
 nein, abgelehnt
 ja, leicht, mittel, schwer