

Anmeldeformular

Personalien

- Für Ehepaare benötigen wir getrennte Anmeldeformulare

Name	Vorname
Geburtsdatum	Heimatort/Kt
Konfession	Staatsangehörigkeit
AHV-Nr.	Zivilstand
Strasse	PLZ, Ort
Tel. Nr.	Mail

Gegenwärtiger Aufenthalt

Institution	Strasse
PLZ, Ort	Tel. Nr.

Personalien

Krankenkasse	Mitglied-Nr
Strasse	PLZ, Ort

Arzt

Hausarzt	Tel.Nr.
Strasse	PLZ, Ort

Eintrittsart

Kurzzeitaufenthalt ab

bis

Langzeitaufenthalt ab

☐ vorsorglich**Bezugsperson**

- Vertretung bei Urteilsunfähigkeit/Mitunterschrift auf Pensionsvertrag

Name

Vorname

Strasse

PLZ, Ort

Tel. Nr.

Mail

Angehörigkeit

☐ Ehepartner☐ Tochter☐ Sohn☐ Andere**Finanzen**

- Wer verwaltet Ihr Einkommen, ihr Vermögen und wer ist Rechnungsempfänger?

Name

Vorname

Strasse

PLZ, Ort

Tel. Nr.

Mail

Angehörigkeit

☐ Ehepartner☐ Tochter☐ Sohn☐ Andere

- Beziehen Sie eine Ergänzungsleistung (EL) zur AHV?

☐ Ja☐ Nein

Falls nein und Sie den Heimaufenthalt nicht mit Ihrem persönlichen Einkommen und Vermögen finanzieren können, verpflichten Sie sich hiermit, einen Antrag zum Bezug von EL zu stellen.

- Beziehen Sie eine Hilflosenentschädigung?

☐ Ja☐ Nein

Wenn ja

☐ kleine☐ mittlere☐ grosse

Angehörige

• Person 1

Name

Vorname

Strasse

PLZ, Ort

Tel. Nr.

Mail

Angehörigkeit

☐ Ehepartner☐ Tochter☐ Sohn☐ Andere

• Person 2

Name

Vorname

Strasse

PLZ, Ort

Tel. Nr.

Mail

Angehörigkeit

☐ Ehepartner☐ Tochter☐ Sohn☐ Andere

• Person 3

Name

Vorname

Strasse

PLZ, Ort

Tel. Nr.

Mail

Angehörigkeit

☐ Ehepartner☐ Tochter☐ Sohn☐ Andere

- Durch Unterschrift anerkennen Sie die Bedingungen dieser Anmeldung, inklusive Pensionsvertrag und Taxordnung.

Ort, Datum

Unterschrift

Beilagen

- | | |
|---|---|
| 1 Der Anmeldung legen Sie bitte folgende Dokumente/Unterlagen bei: | 4 Falls vorhanden: |
| 2 Kopie eines amtlichen Ausweises (Pass, Identitätskarte, Aufenthaltsbewilligung) | 5 Kopie der amtlichen Urkunde über die gesetzliche Vertretung |
| 3 Kopie der Krankenkassenkarte | 6 Kopie Verfügung über Ergänzungsleistungen |
| | 7 Vollmacht/Kopie Vorsorgeauftrag |
| | 8 Patientenverfügung |