

# Anmeldeformular **Dringlich** für „Selbständiges Wohnen“

Evangelische  
Alterssiedlung  
Masans



Alle Angaben werden vertraulich behandelt!

## Persönliche Angaben

Name	<input type="text"/>	Vorname	<input type="text"/>		
Adresse	<input type="text"/>	PLZ/Ort	<input type="text"/>		
Tel.-Nr.	<input type="text"/>	Geburtsdatum	<input type="text"/>		
AHV-Nr.	<input type="text"/>	Heimatkanton	<input type="text"/>		
Heimatort	<input type="text"/>	Ehem. Beruf	<input type="text"/>		
Konfession	<input type="text"/>				
Zivilstand	<input type="checkbox"/> ledig	<input type="checkbox"/> verheiratet	<input type="checkbox"/> getrennt	<input type="checkbox"/> geschieden	<input type="checkbox"/> verwitwet
Lebensform:	<input type="checkbox"/> alleine Lebend	<input type="checkbox"/> Lebenspartner ausserhalb Heim lebend	<input type="checkbox"/> Lebenspartner im Heim lebend	<input type="checkbox"/> Lebenspartner in gleicher Wohneinheit	

Aktueller Wohnsitz  seit

Letzter Wohnsitz

## Angaben zum Ehepartner

Name	<input type="text"/>	Vorname	<input type="text"/>
Geburtsdatum	<input type="text"/>		

## Selbständiges Wohnen in

2-Zimmer-Wohnung (integrierte Küche)  2 ½ -Zimmer-Wohnung (separate Küche)

In der EAM ist **freie Arztwahl** gewährleistet.

Name und Adresse Ihres behandelnden Hausarztes:

  
  

Beziehen Sie Spitexleistungen?  ja  nein

Beziehen Sie Ergänzungsleistungen?  ja  nein

Beziehen Sie Hilflosenentschädigung?  keine  leichte  mittlere  schwere

**Angehörige oder gesetzliche Vertreter** (bitte Mandatsform angeben)

An erster Stelle die Person angeben, die Sie als Ihre Vertrauensperson bestimmen möchten.

**1. Vertrauensperson** (Person, die Ihre Anliegen am besten kennt und Sie im Notfall vertreten kann).

Name	<input type="text"/>	Vorname	<input type="text"/>
Adresse	<input type="text"/>	PLZ/Ort	<input type="text"/>
Tel. Privat	<input type="text"/>	Tel. Geschäft	<input type="text"/>

**2. Verwandtschaftsgrad/Beziehungsgrad oder Mandat**

Name	<input type="text"/>	Vorname	<input type="text"/>
Adresse	<input type="text"/>	PLZ/Ort	<input type="text"/>
Tel. Privat	<input type="text"/>	Tel. Geschäft	<input type="text"/>

**3. Verwandtschaftsgrad/Beziehungsgrad oder Mandat**

Name	<input type="text"/>	Vorname	<input type="text"/>
Adresse	<input type="text"/>	PLZ/Ort	<input type="text"/>
Tel. Privat	<input type="text"/>	Tel. Geschäft	<input type="text"/>

**Krankenkasse**

Krankenkasse	<input type="text"/>	Policen-Nr.	<input type="text"/>
Adresse	<input type="text"/>	PLZ/Ort	<input type="text"/>

Wie sind Sie versichert?  Allgemein  Halbprivat  Privat

**Rechnungsstellung**

Wünschen Sie, dass die Heimrechnung direkt über Ihre Bank, mittels Lastschriftverfahren (LSV) bezahlt wird?  ja  nein

Name und Adresse des Rechnungsempfängers:

<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>

**Kommunikation**

Sie haben Kenntnis von unserer Broschüre „Selbständiges Wohnen“ (gilt als Bestandteil der Anmeldung).

Sollte sich Ihre Situation ändern, wie z.B. Eintritt in ein anderes Heim, bitten wir Sie uns zu kontaktieren.

Ihre „persönlichen Daten“ werden gemäss Bundesgesetz über den Datenschutz (DSG) bearbeitet. Erfolgt kein Eintritt werden diese gemäss DSG vernichtet.

Wünschen Sie weitere Informationen, dann wenden Sie sich bitte an unseren Sozialdienst.

<b>Ort/Datum</b>	<input type="text"/>	<b>Unterschrift</b>	<input type="text"/>
------------------	----------------------	---------------------	----------------------