



Anmeldeformular Alterswohnung

Hinweis Grampen 2: Es wird keine separate Warteliste explizit für die Alterswohnungen im Grampen 2 geführt. Interessenten können sich mit diesem Formular in die bestehende Warteliste aufnehmen lassen.

Gewünschter Wohnungstyp / Standort		
<input type="checkbox"/> 1 ½ Zi-Wohnung	<input type="checkbox"/> Grampen	<input type="checkbox"/> Rössligasse
<input type="checkbox"/> 2 ½ Zi-Wohnung	<input type="checkbox"/> Grampen	<input type="checkbox"/> Rössligasse
<input type="checkbox"/> 3 ½ Zi-Wohnung	<input type="checkbox"/> Grampen	

Anmeldende Person 1	
Name: _____	Heimatort: _____
Vorname: _____	Zivilstand: _____
Geb. Datum: _____	Konfession: _____
Adresse: _____	E-Mail: _____
PLZ / Wohnort _____	Telefon: _____

Anmeldende Person 2	
Name: _____	Heimatort: _____
Vorname: _____	Zivilstand: _____
Geb. Datum: _____	Konfession: _____
Adresse: _____	E-Mail: _____
PLZ / Wohnort _____	Telefon: _____

Angehörige / Bezugsperson	
1. Ansprechperson (Kontakt, der im Notfall avisiert werden soll)	2. Ansprechperson
Name: _____	Name: _____
Vorname: _____	Vorname: _____
Adresse: _____	Adresse: _____
PLZ/Wohnort: _____	PLZ/Wohnort: _____
Telefon Privat: _____	Telefon Privat: _____
Telefon Geschäft: _____	Telefon Geschäft: _____
E-Mail _____	E-Mail _____
<input type="checkbox"/> Ehepartner / Partner	<input type="checkbox"/> Ehepartner / Partner
<input type="checkbox"/> Sohn / Tochter	<input type="checkbox"/> Sohn / Tochter
<input type="checkbox"/> Bruder / Schwester	<input type="checkbox"/> Bruder / Schwester
<input type="checkbox"/> Anderes: _____	<input type="checkbox"/> Anderes: _____

Finanzielles (Zutreffendes bitte ankreuzen)	
<input type="checkbox"/>	Sie erledigen die finanziellen Angelegenheiten selbständig und ohne Hilfe (Sie sind zugleich Rechnungsempfänger)
<input type="checkbox"/>	Die finanziellen Angelegenheiten erledigt eine Vertrauensperson. (Diese Person ist Rechnungsempfänger):
	Name / Vorname: _____
	Adresse: _____
	PLZ / Wohnort: _____
	Besteht eine Vollmacht? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Besteht eine Beistandschaft? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/>	Bezug von Ergänzungsleistungen
<input type="checkbox"/>	Bezug von Hilflosenentschädigung
Depot / Mietkaution	
Beim Bezug einer Wohnung wird mit der Ausstellung des Mietvertrages ein Mieterkautions-Sparkonto (drei Mietzinse) eingerichtet.	
Hausarzt	
Name: _____	Ist eine Patientenverfügung vorhanden?
Vorname: _____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Adresse: _____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
PLZ / Wohnort _____	Ist ein Vorsorgeauftrag vorhanden?
Telefon _____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Persönliche Wünsche	
Eintrittstermin:	
<input type="checkbox"/> Sofort	<input type="checkbox"/> laufendes Jahr
<input type="checkbox"/> in 1-2 Jahren	<input type="checkbox"/> in 3-5 Jahren
Wünschen Sie einen Telefonanschluss? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

Person 1	Person 2
Ort, Datum	Ort, Datum
Unterschrift	Unterschrift
_____	_____

Zusatz zur Anmeldung

Wir werden Ihre Anmeldung in unsere Warteliste aufnehmen. Das Datum der Anmeldung wird, neben weiteren Kriterien, wie Wohnort, Dringlichkeit uvm., für die Beurteilung des allfälligen Eintrittes berücksichtigt. Bei Erhalt Ihrer Anmeldung wird der Eingang unsererseits schriftlich bestätigt und wir werden bei nächster Gelegenheit mit Ihnen Kontakt aufnehmen. Ihre Angaben werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

Einreichen an

Stiftung Alterszentrum Region Bülach, Allmendstrasse 1, 8180 Bülach
oder per E-Mail an info@sarb.ch senden.