



## Anmeldung Stiftung Alterszentrum Region Bülach

### Anmeldung für eine Alterswohnung

- 1 ½ Zi-Wohnung:  Im Grampen  Rössligasse  Im Baumgarten  
2 ½ Zi-Wohnung:  Im Grampen  Rössligasse  Im Baumgarten  
3 ½ Zi-Wohnung:  Im Grampen  Im Baumgarten

### Anmeldung für ein Bewohnerzimmer (Pflegeplatz)

- Im Grampen  Rössligasse

### Anmeldung für einen Wohnplatz in einer Pflegewohngruppe (Demenzbetreuung)

- Im Grampen  Soligänter  Gringglen  Im Baumgarten  Bergli

### Anmeldende Person

Name:	_____	Konfession:	_____
Vorname:	_____	Heimatort:	_____
Geb. Datum:	_____	Angemeldet in	_____
Zivilstand:	_____	Gemeinde:	_____
Adresse:	_____	AHV-Nr.:	_____
PLZ/Wohnort:	_____	Krankenkasse:	_____
Telefon:	_____	Policen Nummer:	_____

### Angehörige/Bezugspersonen

#### 1. Ansprechperson

(Kontakt, der im Notfall avisiert werden soll)

Name/Vorname: \_\_\_\_\_  
Adresse: \_\_\_\_\_  
PLZ/Wohnort: \_\_\_\_\_  
Telefon Privat: \_\_\_\_\_  
Telefon Geschäft: \_\_\_\_\_  
Handy: \_\_\_\_\_  
E-Mail: \_\_\_\_\_

- Ehepartner/Partner  Sohn  Tochter  
 Bruder  Schwester  Bekannte

#### 2. Ansprechperson

Name/Vorname: \_\_\_\_\_  
Adresse: \_\_\_\_\_  
PLZ/Wohnort: \_\_\_\_\_  
Telefon Privat: \_\_\_\_\_  
Telefon Geschäft: \_\_\_\_\_  
Handy: \_\_\_\_\_  
E-Mail: \_\_\_\_\_

- Ehepartner/Partner  Sohn  Tochter  
 Bruder  Schwester  Bekannte

### Finanzielles (Zutreffendes bitte ankreuzen)

1.  Sie erledigen die finanziellen Angelegenheiten selbstständig und ohne Hilfe (Sie sind zugleich Rechnungsempfänger.).
2.  Die finanziellen Angelegenheiten erledigt eine Vertrauensperson (Diese Person ist Rechnungsempfänger.).  
Name/Vorname: \_\_\_\_\_  
Adresse: \_\_\_\_\_  
PLZ/Wohnort: \_\_\_\_\_  
Besteht eine Vollmacht?  ja  nein  
Besteht eine Beistandschaft?  ja  nein
3.  Bezug von Ergänzungsleistungen
4.  Bezug von Hilflosenentschädigung

### Depot/Mietzinskaution

Bitte beachten Sie, dass bei Eintritt in ein Bewohnerzimmer ein Depot von CHF 5'000 zu hinterlegen ist (ausgenommen für Feriengäste und Kurzaufenthalter). Beim Bezug einer Wohnung wird mit der Ausstellung des Mietvertrages ein Mieterkautions-Sparkonto (ein Mietzins) eingerichtet.

### Hausarzt

Name/Vorname: \_\_\_\_\_ Ist eine Patientenverfügung vorhanden?  ja  nein  
Adresse: \_\_\_\_\_ Ist ein Vorsorgeauftrag vorhanden?  ja  nein  
PLZ/Wohnort: \_\_\_\_\_  
Telefon Geschäft: \_\_\_\_\_

### Persönliche Wünsche

Eintrittstermin:  sofort  laufendes Jahr  in 1-2 Jahren  in 3-5 Jahren  
Wünschen Sie einen Telefonanschluss:  ja  nein

### Beizulegende Unterlagen

Bitte bei Anmeldung zum Eintritt als Bewohner oder Mieter folgende Unterlagen beilegen:

- Kopie Krankenkassenkarte (Vor- und Rückseite)
- Kopie der Vollmacht/Ernennungsurkunde oder der Patientenverfügung/Vorsorgeauftrag

Ort, Datum:

Unterschrift:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_