



Anmeldeformular

Betreutes Wohnen / Pflegewohngruppe

Gewünschte Betreuungsform / Standort	
Zimmer im Betreuten Wohnen <input type="checkbox"/> Grampen <input type="checkbox"/> Rössligasse	Wohnplatz in einer Pflegewohngruppe <input type="checkbox"/> Bergli <input type="checkbox"/> Gringglen <input type="checkbox"/> Im Baumgarten <input type="checkbox"/> Soligänter

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

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: _____

Eintrittswunsch	
<input type="checkbox"/> sofort	<input type="checkbox"/> laufendes Jahr

Zusatz zur Anmeldung

Wir werden Ihre Anmeldung in unsere Warteliste aufnehmen. Personen ausserhalb unserer Stiftergemeinden benötigen vor Eintritt eine Kostengutsprache ihrer Wohngemeinde.

Damit wir unsere Warteliste aktuell halten können, sind wir Ihnen dankbar, wenn Sie uns über Änderungen informieren. Ihre Angaben werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

Anmeldende Person

Ort, Datum

Unterschrift

Gesetzlicher Vertreter

Ort, Datum

Unterschrift

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