

CARPEDIEM

Wohnen im Alter

ANMELDUNG

<input type="checkbox"/> vorsorglich	<input type="checkbox"/> dringend	<input type="checkbox"/> Ferienbett	Eintrittsdatum:
<input type="checkbox"/> Eintritt vom Spital		<input type="checkbox"/> Eintritt von Zuhause	

Einerzimmer <input type="checkbox"/>	Zweierzimmer <input type="checkbox"/>	Zimmer Nr. :
--------------------------------------	---------------------------------------	--------------

Name	Vorname
Geburtsdatum	Heimatort
Adresse	PLZ/Ort
Telefon	(ehem.) Beruf
Zivilstand	Konfession

AHV-Nummer/Versicherungsnummer
Krankenkasse, Sektion, Mitglied-Nummer, Adresse
Hausarzt (Name, Adresse und Telefonnummer)
Haben Sie Diät? Wenn ja, welche?
Gesundheitszustand (wichtigste Angaben) Bitte vor Eintritt ein aktuelles Arztzeugnis verlangen und an uns weiterleiten.

Name, Adresse und Telefonnummer der nächsten Angehörigen und/oder des gesetzlichen Vertreters
Name und Adresse des Rechnungsempfängers

Angemeldet durch

Wir bitten Sie, untenstehende Fragen so präzise und vollständig wie möglich zu beantworten und uns einen Vermögensnachweis vorzulegen, zum Beispiel

- die Kopie der letzten Steuererklärung oder Steuerveranlagung
- die Kopie eines Wertschriften-Depots

Ihre Angaben werden vertraulich behandelt.

Finanzielles der angemeldeten Person:

Einkommen	
AHV-Rente monatlich:	Fr.
IV-Rente monatlich:	Fr.
Sonstige Renten von (Name) monatlich:	Fr.
.....	Fr.
Sonstige Einkünfte:	Fr.
.....	Fr.
Ergänzungsleistung (EL) monatlich:	Fr.
Hilflosenentschädigung monatlich:	Fr.
Zuschüsse nach Dekret monatlich:	Fr.

Vermögen	
Versteuertes Vermögen des Vorjahres:	Fr.
Liegenschaftsbesitz	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Ort, Datum	Unterschrift
------------	--------------

Ihre Kontoverbindung	
Nur im Falle einer geleisteten Vorschusszahlung auszufüllen	<input type="checkbox"/> Bank <input type="checkbox"/> Post
Name der Bank / Adresse	
IBAN-Nr.	
Konto-Nummer	
Postcheck-Konto-Nummer	

Besten Dank.