

ANMELDUNG

| | | | |
|---|--|--|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> vorsorglich | <input type="checkbox"/> Definitiv | <input type="checkbox"/> Kurzaufenthalt | Befristet bis: |
| <input type="checkbox"/> Eintritt vom Spital | <input type="checkbox"/> Eintritt von Zuhause | Eintrittsdatum: | |

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

| | |
|--------------|---------------|
| Name/Vorname | Schriftenort |
| 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, Telefonnummer und E-Mail 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.