

Bitte vollständig ausfüllen

Persönliche Angaben

Name/Lediger Name		Vorname	
Strasse		PLZ/Ort	
Geburtsdatum		Telefon Privat	
Zivilstand		Natel	
Konfession		Email-Adresse	
AHV-Nummer	756.	Heimatort	

Anmeldung

(Beim Wunsch eines baldmöglichen Eintrittes ist ein Arztzeugnis beizulegen)

<input type="checkbox"/> Pflegewohngruppe baldmöglichst	<input type="checkbox"/> Altersheim baldmöglichst	<input type="checkbox"/> Tagesbetreuung baldmöglichst	<input type="checkbox"/> Warteliste vorsorglich
<input type="checkbox"/> Akut- und Übergangspflege			
<input type="checkbox"/> Ferien Pflegewohngruppe	<input type="checkbox"/> Ferien Altersheim		
<input type="checkbox"/> Pflege- und Betreuungsaufenthalt			

Vertrauensperson/Kontaktperson

Besteht eine Beistandschaft?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	(Wenn ja, Namen in das Feld „1. Vertrauensperson“ eintragen mit Beilage Kopie Verfügung/Urkunde)
---------------------------------	-------------------------------	-----------------------------	---

1. Vertrauensperson/ Kontaktperson

Name		Vorname	
Strasse		PLZ/Ort	
Telefon Privat		Natel	
Telefon Geschäft		Email-Adresse	
Verwandtschaftsgrad / Beziehung			

2. Vertrauensperson/ Kontaktperson

Name		Vorname	
Strasse		PLZ/Ort	
Telefon Privat		Natel	
Telefon Geschäft		Email-Adresse	
Verwandtschaftsgrad / Beziehung			

Rechnungsempfänger/Rechnungsempfängerin

<input type="checkbox"/> Bewohner/-in	<input type="checkbox"/> 1. Kontaktperson	<input type="checkbox"/> 2. Kontaktperson
<input type="checkbox"/> Andere: (bitte genaue Anschrift)		

Hausarzt/Hausärztin

Name/Vorname		PLZ/Ort	
Strasse		Telefon	

Krankenversicherung

Name		Agentur/Ort	
Versicherungsnummer			

Finanzielle Angaben

Bezug AHV-Rente	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Bezug IV-Rente	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Ergänzungsleistungen	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Hilflosenentschädigung	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Leicht <input type="checkbox"/> Mittel <input type="checkbox"/> Schwer

Information

Wir bitten Sie, die **Anmeldegebühr von CHF 30.00** bar am Empfang oder auf unser PC-Konto 84-518-6 mit Vermerk „Anmeldung Warteliste AZiG“ zu bezahlen. Vielen Dank.

Wünschen Sie weitere Informationen, dann wenden sie sich bitte telefonisch oder per Mail an uns. Alterszentrum im Geeren 052 320 11 11 oder per E-Mail: **bettendispo.azig@hin.ch**.

Die vertraglichen Regelungen finden Sie in der Informationsmappe oder auf unserer Internetseite: www.imgeeren.ch.

Bitte schicken Sie die beiden Formulare vollständig ausgefüllt an:
Alterszentrum im Geeren, Kundendienst, Kirchhügelstrasse 5, 8472 Seuzach

Ort und Datum	
---------------	--

Rechtsverbindliche Unterschrift (bei Urteilsunfähigkeit Unterschrift der Vertretung)	
--	--