



Alterszentrum Ins

Sich zu Hause fühlen

ANMELDUNG WOHNUNG ALTERSSIEDLUNG

Ich/wir melde mich / melden uns an für eine

- 1 ½-Zimmer Wohnung
 2 ½-Zimmer Wohnung 3 ½-Zimmer Wohnung / je für max. 2 Personen

Die Wohnungen werden entsprechend der Anmelde-Reihenfolge auf der Dringlichkeitsliste vergeben. Sobald wir ein entsprechendes Angebot machen können, werden Sie von uns kontaktiert.

Antragsteller/in 1. Person

Name	_____	Vorname	_____
Strasse	_____		
PLZ/ Ort	_____	Tel.	_____
E-Mail	_____	Mobile	_____
Konfession	_____	Heimatort	_____
Zivilstand	_____	AHV-Nr.	_____
Geburtsdatum	_____	Hausarzt	_____
(früherer) Beruf	_____		
Krankenkasse	_____	KK-Nr.	_____

Antragsteller/in 2. Person

Name	_____	Vorname	_____
Strasse	_____		
PLZ/ Ort	_____	Tel.	_____
E-Mail	_____	Mobile	_____
Konfession	_____	Heimatort	_____
Zivilstand	_____	AHV-Nr.	_____
Geburtsdatum	_____	Hausarzt	_____
(früherer) Beruf	_____		
Krankenkasse	_____	KK-Nr.	_____



Alterszentrum Ins

Sich zu Hause fühlen

1. externe Ansprechperson

Name _____ Vorname _____

Strasse _____

PLZ / Ort _____

Verwandtschaftsgrad* _____

Tel. _____ Mobile _____

E-Mail _____

*Sohn, Tochter, Schwiegertochter, Schwiegersohn, Bruder, Schwester, Enkelkind, Andere

2. externe Ansprechperson

Name _____ Vorname _____

Strasse _____

PLZ / Ort _____

Verwandtschaftsgrad* _____

Tel. _____ Mobile _____

E-Mail _____

*Sohn, Tochter, Schwiegertochter, Schwiegersohn, Bruder, Schwester, Enkelkind, Andere

Ort und Datum _____

Unterschrift _____

Ihre Anmeldeunterlagen werden von uns streng vertraulich behandelt.

Nach Eintreffen Ihrer Anmeldung erhalten Sie von uns eine schriftliche Bestätigung.