

(bitte vollständig ausfüllen)

Persönliche Daten

Name	_____	Vorname	_____
Strasse Nr.	_____	PLZ Ort	_____
Tel. Privat	_____	Tel. Mobile	_____
Geb.Datum	_____	AHV-Nr.	_____
Zivilstand	ledig <input type="checkbox"/>	verheiratet <input type="checkbox"/>	verwitwet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> getrennt <input type="checkbox"/>
Konfession	reformiert <input type="checkbox"/>	römisch-katholisch <input type="checkbox"/>	andere _____
Bisherige Lebensform	<input type="checkbox"/> allein lebend	<input type="checkbox"/> im gleichen Haushalt mit Kind	<input type="checkbox"/> Lebenspartner ausserhalb Heim <input type="checkbox"/> Lebenspartner im Heim lebend
Herkunftsnation	_____	Geburtsort	_____
Nationalität	_____	Heimatort	_____

In **Trärgemeinde** (Habsburg, Mülligen, Windisch) wohnhaft seit _____

Auswärtige(r)

Steuerdomizil _____ Kanton _____

Wenn Steuerdomizil nicht Windisch, bitte Heimatausweis senden an: **Einwohnerkontrolle Windisch
Dohlenzelgstrasse 6, 5210 Windisch**

Bestätigung Gemeinde

Stempel

Datum _____

Unterschrift _____

Hausarzt

Name, Vorname _____

Strasse, Nr. _____

PLZ, Ort _____

Krankenkasse

Name _____

Agentur _____

Versicherten-Nr. _____

Bitte Krankenkassenkarte mitbringen, oder eine Kopie beilegen.

Angehörige	Name, Vorname, Strasse Nr., PLZ Ort, Privat, Natel, Email	Bezug zu Bewohner
Primär		
Den Primär-Angehörigen betrachten wir als Kontaktperson. Weitere Angehörige werden durch diese Person informiert.		
2.		
3.		
4.		

Vorschusszahlung	Vor dem Eintritt ist ein Vorschuss in der Höhe von CHF 12'000 zu leisten. Können Sie diesen aus finanziellen Gründen nicht einzahlen, bitten wir Sie, mit dem Sozialdienst Ihrer Wohngemeinde Kontakt aufzunehmen, um eine Kostengutsprache zu beantragen, welche uns anschliessend eingereicht wird.		
Vertragliche oder gesetzliche Vertretung	Name, Vorname	_____	
	Strasse Nr.	_____	
	PLZ, Ort	_____	_____
Rechnungsempfänger	Name, Vorname	_____	
	Strasse Nr.	_____	
	PLZ, Ort	_____	_____
Lastschriftverfahren (LSV)	Ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	

Telefonanschluss im Zimmer	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	}	Preise gemäss Tarifordnung
Telefonapparat von Sanavita AG	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>		
Wäschereparaturen (bis CHF 20 ohne Rückfrage gegen Verrechnung ausführen Knöpfe annähen, Saumreparaturen etc.)	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>		
Kontaktperson für defekte Wäsche (wird im Bewohnerzimmer deponiert)	Name, Vorname	_____		
	Privat	_____		
	Mobile	_____		
Werbung im Briefkasten erwünscht,	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>		

Bemerkungen _____ _____	
Ort, Datum _____	Unterschrift _____