

Anmeldung für Wohnen mit Dienstleistungen

Gewünschte Alterssiedlung		Anzahl Personen	
----------------------------------	--	------------------------	--

Personalien:

Familiennamen			
Vorname			
Adresse			
PLZ Ort			
Telefon		Mobile	
Geb.Datum			
Konfession			
Zivilstand			
AHV-Nr.	756. _ _ _ _ . _ _ _ _ . _ _		
Heimatort			
Hausarzt:			
Adresse:			
Tel. Nummer:			

Personalien des Partner/in, welche mit Ihnen wohnen wird

Familiennamen			
Vorname			
Adresse			
PLZ Ort			
Telefon		Mobile	
Geb.Datum			
Konfession			
Zivilstand			
AHV-Nr.	756. _ _ _ _ . _ _ _ _ . _ _		
Heimatort			
Hausarzt:			
Adresse:			
Tel. Nummer:			

Beziehen Sie Ergänzungsleistungen?

ja nein

Privathaftpflichtversicherung:

ja nein

Name und Adresse

der Gesellschaft:

Policen-Nummer:

Halten Sie Haustiere?

ja nein

Grund des Wohnungswechsels:

Adressen der Angehörigen / Bezugspersonen

Name

Adresse

Verwandtschaftsgrad

Vorname

PLZ/Ort

1. _____

Tel. P: _____

Tel. G: _____

Natel: _____

E-Mail: _____

2. _____

Tel. P: _____

Tel. G: _____

Natel: _____

E-Mail: _____

Anmeldung nur gültig mit einem aktuellen Auszug aus dem Betriebsregister.

Ort: _____ Datum: _____ Unterschrift _____

Einsenden an:
Viva Luzern
Beratung Wohnen im Alter
Schützenstrasse 4, 6003 Luzern,
Tel: 041 612 70 40