

## Anmeldung für Wohnen mit Dienstleistungen

<b>Gewünschte Alterssiedlung</b>		<b>Anzahl Personen</b>	
----------------------------------	--	------------------------	--

### Personalien:

Familiennamen			
Vorname			
Adresse			
PLZ Ort			
Telefon		Mobile	
Geb.Datum			
Konfession			
Zivilstand			
AHV-Nr.			
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.			
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 Vorname	Adresse PLZ/Ort	Verwandtschaftsgrad
-----------------	--------------------	---------------------

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, 6005 Luzern,  
Tel: 041 612 70 40