

## Anmeldung für Wohnen mit Dienstleistungen Konolfingen

Interessent:in						
Name & Vorname						
Lediger Name						
Strasse, PLZ & Ort						
Telefon/Handy						
E-Mail						
Newsletter	☐ Ja Sie erhalten rund 6x jährlich unsere News, Geschichten und Fakten per E-Mail zugestellt.					
Geburtsdatum						
Gesetzlicher Wohnsitz						
Heimatort	·					
Beruf						
AHV-Nr.						
Zivilstand	□ ledig					
	□ verheiratet	mit	seit			
	□ eingetragene	mit	seit			
	Partnerschaft □ geschieden	von	seit			
	□ verwitwet		seit			
Konfession	□ reformiert	□ katholisch	 □ keine			
	□ wenn andere, weld	che				
Vertreter:in						
☐ Beistand nach Art.:	□ ander	er Bezug zu Interessent	in:			
Name & Vorname						
Strasse, PLZ & Ort						
Telefon	Р	G				
E-Mail						
Newsletter	☐ Jɑ Sig orhalton rund 6v i	ährlich unsere News Geschichten	und Eakten per E-Mail zugestellt			

Rechnungsstelle (fü	r finanzielle B	selange)			
Name & Vorname					
Strasse, PLZ & Ort					
Telefon	P		G		
E-Mail					
Newsletter	□ Ja s	ie erhalten rund 6x jährlich unse	ere News, Geschichten und Fo	ıkten per E-Mail zugestellt.	
Aktueller Hausarzt					
Name & Ort					
Patientenverfügun	g 🗆 Ja	erstellt am		□ Nein	
Krankenkasse					
Name Krankenkass	se .				
Versicherungs-Nr.					
Karten-Nr.					
Hausratversicheru	ng an. Nähere	en wir kostengünstig e e Informationen dazu /de/standorte/konolf	entnehmen Sie aus d	dem Merkblatt im In-	
Finanzierung	□ AHV-Rentn	ner:in 🗆 IV-Rentner:	:in □ IV-Anmeldı	ung eingereicht	
	□ andere				
Hilflosenentschä- digung	□ keine □	leichten Grades 🗆 ı	mittleren Grades	□ schweren Grades	
Wir weisen ausdrüch EL finanzierbar sin		hin, dass die Siedlung	s-Wohnungen nicht	vollständig über die	

ebensart.ch

)			
4			
2			
d.			
9			
-			
			_
Kontaktperson für Rüc	kfragen und weitere Info	ormationen	
Institution	ī-		
Name & Vorname			
Strasse, PLZ & Ort	-		
Telefon	Р	G	
E-Mail	<u></u>		
	48		
Vollmacht			
fingen sowie die Heim Auftrages notwendig digen Stellen zur Eins	närzte werden hiermit a en Unterlagen (Berichte ichtnahme anzuforderr	Mitarbeitenden der Stiftung Lebensart in Konol- ausdrücklich ermächtigt, die zur Erfüllung ihres e, Arztzeugnisse, Gutachten usw.) bei den zustän n und einzusehen. Ausserdem wird die zuständig serteilung gegenüber den oben genannten Persc	ı- e
_		e Angaben der Wahrheit entsprechen und er- ohnplatz einverstanden:	
Ort, Datum	-		
Unterschrift Angemel	dete:r	Unterschrift Vertreter:in	