

Anmeldeformular

Personalien

Name ¹	.....	Vorname	.....
Geburtsdatum	.....	Heimatort/Kt	.....
Konfession	.....	Zivilstand	.....
AHV-Nr.	.....	PLZ, Ort	.....
Strasse	.....	Mail	.....
Tel. Nr.	.....	

Gegenwärtiger Aufenthalt

Strasse	.....	PLZ, Ort	.....
Tel. Nr.	.....	

Krankenkasse

Krankenkasse	.....	Mitglied-Nr	.....
Spitalwahl	<input type="checkbox"/> SRO Langenthal	<input type="checkbox"/> Sursee	Anderes
		

Arzt

Hausarzt	.....	Tel.Nr.	.....
Strasse	.....	PLZ, Ort	.....

Eintrittsart

Kurzzeitaufenthalt	<input type="checkbox"/> von	bis
Langzeitaufenthalt	<input type="checkbox"/> ab	<input type="checkbox"/> vorsorglich

¹ Für Ehepaare benötigen wir getrennte Anmeldeformulare!

HIER BIN ICH MENSCH

Bezugsperson

(Mitunterschrift auf Pensionsvertrag)

Name	_____	Vorname	_____		
Strasse	_____	PLZ, Ort	_____		
Tel.Nr.	_____	Mail	_____		
Angehörigkeit	<input type="checkbox"/> Ehepartner	<input type="checkbox"/> Tochter	<input type="checkbox"/> Sohn	Andere	_____

Finanzen

Wer verwaltet Ihr Einkommen und Vermögen? Wer ist Rechnungsempfänger?

Name	_____	Vorname	_____		
Strasse	_____	PLZ, Ort	_____		
Tel.Nr.	_____	Mail	_____		
Angehörigkeit	<input type="checkbox"/> Ehepartner	<input type="checkbox"/> Tochter	<input type="checkbox"/> Sohn	Andere	_____

Beziehen Sie eine Ergänzungsleistung (EL) zur AHV? ja nein

Falls nein und Sie den Heimaufenthalt nicht mit Ihrem persönlichen Einkommen und Vermögen finanzieren können, verpflichten Sie sich hiermit, einen Antrag zum Bezug von EL zu stellen.

Beziehen Sie eine Hilflosenentschädigung? ja nein

Angehörige

Name	_____	Vorname	_____		
Strasse	_____	PLZ, Ort	_____		
Tel.Nr.	_____	Mail	_____		
Angehörigkeit	<input type="checkbox"/> Ehepartner	<input type="checkbox"/> Tochter	<input type="checkbox"/> Sohn	Andere	_____

Name	_____	Vorname	_____		
Strasse	_____	PLZ, Ort	_____		
Tel.Nr.	_____	Mail	_____		
Angehörigkeit	<input type="checkbox"/> Ehepartner	<input type="checkbox"/> Tochter	<input type="checkbox"/> Sohn	Andere	_____

HIER BIN ICH MENSCH

Angehörige

Name _____ Vorname _____

Strasse _____ PLZ, Ort _____

Tel.Nr. _____ Mail _____

Angehörigkeit Ehepartner Tochter Sohn Andere _____

Name _____ Vorname _____

Strasse _____ PLZ, Ort _____

Tel.Nr. _____ Mail _____

Angehörigkeit Ehepartner Tochter Sohn Andere _____

Name _____ Vorname _____

Strasse _____ PLZ, Ort _____

Tel.Nr. _____ Mail _____

Angehörigkeit Ehepartner Tochter Sohn Andere _____

Der Anmeldung legen Sie bitte folgende Dokumente/Unterlagen bei:

- Kopie der ID oder des Passes
- Kopie der Krankenkassenkarte
- Kopie der amtlichen Urkunde über die gesetzliche Vertretung (falls vorhanden)
- Kopie Verfügung über Ergänzungsleistungen (falls bereits vorhanden)
- Vollmacht / Kopie Vorsorgeauftrag (falls vorhanden)
- Patientenverfügung (falls vorhanden)

Durch Unterschrift anerkennen Sie die Bedingungen dieser Anmeldung, inklusive Pensionsvertrag und Taxordnung.

Ort und Datum _____ Unterschrift _____

HIER BIN ICH MENSCH