

## Anmeldung für einen Wohnplatz in Oberburg

### 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  
Partnerschaft

mit \_\_\_\_\_

seit \_\_\_\_\_

geschieden

von \_\_\_\_\_

seit \_\_\_\_\_

verwitwet

seit \_\_\_\_\_

Konfession  reformiert

katholisch

keine

keine

wenn andere, welche \_\_\_\_\_

### Vertreter:in

Beistand nach Art.: \_\_\_\_\_

anderer Bezug zu Interessent/in: \_\_\_\_\_

Name & Vorname \_\_\_\_\_

Strasse, PLZ & Ort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

P

G

E-Mail \_\_\_\_\_

Newsletter  Ja

Sie erhalten rund 6x jährlich unsere News, Geschichten und Fakten per E-Mail zugestellt.

### Rechnungsstelle (für finanzielle Belange)

Name & Vorname

---

Strasse, PLZ & Ort

---

Telefon

P

G

---

E-Mail

---

Newsletter

Ja Sie erhalten rund 6x jährlich unsere News, Geschichten und Fakten per E-Mail zugestellt.

### Aktueller Hausarzt

Name & Ort

---

Patientenverfügung

Ja

erstellt am

---

Nein

### Krankenkasse

Name Krankenkasse

---

Versicherungs-Nr.

---

Karten-Nr.

---

Zukünftigen Bewohnenden bieten wir kostengünstig eine kollektive Privathaftpflicht- und Hausratversicherung an. Nähere Informationen dazu entnehmen Sie aus dem Merkblatt im Internet <https://www.lebensart.ch/de/standorte/oberburg/wohnanbot/tarife-anmeldung/>

### Finanzierung

AHV-Rentner:in  IV-Rentner:in  IV-Anmeldung eingereicht

andere

---

### Hilflosenentschädigung

keine  leichten Grades  mittleren Grades  schweren Grades

### Angehörige 1

Name & Vorname

---

Strasse, PLZ & Ort

---

Telefon

P

G

---

E-Mail

---

Newsletter

Ja Sie erhalten rund 6x jährlich unsere News, Geschichten und Fakten per E-Mail zugestellt.

Verwandtschaftsgrad

---

**Angehörige 2**

Name & Vorname

---

Strasse, PLZ & Ort

---

Telefon

P

G

---

E-Mail

Newsletter

Ja

Sie erhalten rund 6x jährlich unsere News, Geschichten und Fakten per E-Mail zugestellt.

Verwandtschafts-  
grad

---

**Bisherige Aufenthalte**

---

---

---

---

---

---

---

---

**Grund der Anmeldung mit kurzem Situationsbericht**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

### Kontaktperson für Rückfragen und weitere Informationen

Institution \_\_\_\_\_

Name & Vorname \_\_\_\_\_

Strasse, PLZ & Ort \_\_\_\_\_

Telefon

P

G

E-Mail \_\_\_\_\_

### Vollmacht

Der Klientendienst sowie die Institutionsärzte werden hiermit ausdrücklich ermächtigt, die zur Erfüllung ihres Auftrages notwendigen Unterlagen (Berichte, Arztzeugnisse, Gutachten usw.) bei den zuständigen Stellen zur Einsichtnahme anzufordern und einzusehen. Ausserdem wird die zuständige IV-Stelle bzw. Ausgleichskasse zur Auskunftserteilung gegenüber den oben genannten Personen ermächtigt.

**Ich bestätige mit der Unterschrift, dass die Angaben der Wahrheit entsprechen, und erkläre mich mit der Anmeldung für einen Wohnplatz einverstanden:**

Ort, Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift Angemeldete:r

Unterschrift Vertreter:in

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_