

Anmeldung für die Alterssiedlungen in Adliswil

Antragsteller / Antragstellerin	
Name, Vorname	Geburtsdatum
Wohnadresse	Telefon / Festnetz
AHV-Nr. 756.	Mobiltelefon
Beziehen Sie Ergänzungsleistungen?	E-Mail
Hausarzt/-ärztin	Gesundheitszustand
Seit wann sind Sie ununterbrochen in Adliswil wohnhaft?	
Waren Sie schon früher in Adliswil wohnhaft? Von wann bis wann?	

Lebenspartner / Lebenspartnerin			
Name, Vorname		AHV-Nr.	
Geburtsdatum		Mobiltelefon	
E-Mail		Hausarzt/-ärztin	

Kontaktaten von Ihnen nahestehenden Personen:

Name, Vorname	Name, Vorname
Adresse	Adresse
Telefonnummer	Telefonnummer
Beziehung	Beziehung

Wichtig: In den Alterssiedlungen ist das selbständige Führen des eigenen Haushalts Voraussetzung!

Ich bewerbe mich /wir bewerben uns für folgende Wohnungstypen: (bitte ankreuzen)

Alterssiedlung im Tal, Badstrasse 8

<input type="checkbox"/>	1-Zi. Wohnung	<input type="checkbox"/>	2-Zi. Wohnung	<input type="checkbox"/>	2½-Zi. Wohnung
<input type="checkbox"/>	3-Zi. Wohnung	<input type="checkbox"/>	3½-Zi. Wohnung		

Alterssiedlung Soodmatte, Soodstrasse 46, 48 & 50

<input type="checkbox"/>	2½-Zi. Wohnung	<input type="checkbox"/>	3½--Zi. Wohnung	<input type="checkbox"/>	4½-Zi. Wohnung
--------------------------	----------------	--------------------------	-----------------	--------------------------	----------------

Frühester Einzugstermin	<input type="checkbox"/> Ab sofort	Eintritt ca.
Verfügen Sie über eine Mobilierversicherung?	Welche?	Wünschen Sie einen Garagenplatz? <input type="checkbox"/> Ja

Bemerkungen:

Adliswil, _____ Unterschrift

Bitte Formular vollständig ausfüllen und unterschrieben retournieren an

Beratungs- und Vermittlungsstelle für das Alter, Zürichstrasse 10, 8134 Adliswil
 altersfragen@adliswil.ch