|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Interesse für Wohnung in einer Alterssiedlung** | | | | | |
| **Person 1** | | | | | |
| Name, Vorname |  | | Geburtsdatum | |  |
| Wohnadresse |  | | Telefon, Festnetz | |  |
| Seit wann sind Sie ununterbrochen in Adliswil wohnhaft? | | | | | |
| AHV-Nr. | 756. | | Ergänzungsleistungen? | |  |
| Emailadresse |  | | Telefon mobil | |  |
| Hausarzt/-ärztin |  | | Gesundheitszustand | |  |
| **Person 2** | | | | | |
| Name, Vorname |  | | Geburtsdatum | |  |
| AHV-Nr. | 756. | | Ergänzungsleistungen? | |  |
| Emailadresse |  | | Telefon mobil | |  |
| Hausarzt/-ärztin |  | | Gesundheitszustand | |  |
| **Kontaktdaten nahestehender Personen** | | | | | |
| Name, Vorname  Beziehung  Adresse  Telefonnummer | | | Name, Vorname  Beziehung  Adresse  Telefonnummer | | |
| Ich interessiere mich/Wir interessieren uns für folgende Mietobjekte  **1-Zi. Wohnung**  **2-Zi. Wohnung**  **3-Zi. Wohnung**  **4-Zi. Wohnung**  **Garage** | | | | | |
| Ich interessiere mich/Wir interessieren uns für folgende Siedlungen  **Siedlung im Tal, Badstrasse 8**  **Siedlung Soodmatte, Soodstrasse 46, 48 & 50**  **Siedlung Wohnen am Bad, Badstrasse 6 und 6a** | | | | | |
| **Frühester Einzugstermin** | | sofort | | Einzug ca. | |
| **Bemerkungen**: | | | | | |

**In den Alterssiedlungen ist das selbständige Wohnen Voraussetzung.**

Adliswil,             Unterschrift

Bitte ausgefülltes Formular retournieren an:

**Beratungsstelle 60+, Zürichstrasse 10, 8134 Adliswil oder altersfragen@adliswil.ch**