|  |
| --- |
| **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**