

Anmeldung für einen Tagesaufenthalt

- in das Tageszentrum für Demente in eine Pflegewohngruppe
(nicht für Menschen mit Demenz)

Personalien

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Heimatort: _____

Zivilstand: _____ Konfession: _____

PLZ/Wohnort: _____ Strasse: _____

Telefonnummer: _____ AHV Nummer: _____

Name und Vorname des Ehe-/Lebenspartners:

Dauer/Zeitpunkt des Aufenthaltes

Beginn Tagesaufenthalte ab _____ (Datum) so bald als möglich

Bevorzugte Tage _____ spielt keine Rolle

Anzahl Tage pro Woche 1 Tag 2 Tage 3 Tage 4 Tage

Adresse von Angehörigen

Verwandtschaftsgrad (z.B. Tochter)	Name/Vorname	Adresse	Telefon
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Hausarzt

Name, Adresse, Telefon

Finanzielles

Beziehen Sie Ergänzungsleistungen? Ja Nein ist beantragt

Zuständige AHV Ausgleichskasse

Wer regelt die finanziellen Angelegenheiten?

Name/Vorname

Adresse

Telefon

An wen sind unsere monatlichen Abrechnungen zu senden?

Name/Vorname

Adresse

Telefon

Krankenkasse der oblig. Grundversicherung:

Adresse:

Mitglied. Nr.:

Bemerkungen**Ort, Datum:****Unterschrift:**

Vor dem Erstaufenthalt sind ein Kostenvorschuss von Fr. 1'000.— zu leisten sowie folgende Unterlagen einzureichen:

- Versicherungsausweis (Police) der Krankenkasse
- Ausgefülltes LSV Formular

Bitte senden oder faxen Sie dieses Formular an die obenstehende Adresse. Vielen Dank.