

Bewerbung für Alterswohnungen

Personalien

Vorname, Name			
Strasse, PLZ, Ort			
Tel.-Nr. (P, G, Mobile)			
Email			
Geburtsdatum		AHV-Nr.	
Raucher:in	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Zivilstand	
Heimatort		Kanton/Land	

Bewerbung

Haus A	Wohnung Nr. _____ Mietzins/NK _____ / _____
<i>Haus B, ab ca. 2027</i>	<i>Wohnung Nr. _____ Mietzins/NK _____ / _____</i>
Monatliches Einkommen	<input type="checkbox"/> AHV-Rente: <input type="checkbox"/> Pensionskasse: <input type="checkbox"/> Weitere Einkünfte, Renten
EL-Bezüger*	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Wenn ja, bitte Bestätigung beilegen
Dienstleistungen	<input type="checkbox"/> Ja, ich habe Interesse an folgenden Dienstleistungen: <input type="checkbox"/> Ja, ich beziehe mit dem Einzugstermin folgende kostenpflichtige Dienstleistungen: <input type="checkbox"/> Nein, ich habe vorläufig kein Interesse
Einstellhallenplatz CHF 120.00/Monat	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Kontrollschild Nr. Vergabe, sofern Kapazität vorhanden
Mietzinsdepot	<input type="checkbox"/> 2 Monatsmieten
Schriften in der Gemeinde Sigriswil deponiert (Bedingung) *	<input type="checkbox"/> Nur Erst-Wohnsitzname möglich (Kopie Niederlassungsausweis beilegen) <input type="checkbox"/> Nein, noch nicht (Zusage unter Vorbehalt)

Partner/in, Angehörige, Bezugsperson oder Beistand

Vorname, Name			
Strasse, PLZ, Ort			
Tel.-Nr. (P, G, Mobile)			
Email			
Verwandtschaftsgrad			

Weitere Angaben

Werden Haustiere gehalten, Wenn ja, welche	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja,
Privathaftpflichtversicherung*	Name & Policen-Nr.

**Bitte Rückseite beachten
(* Kopie beilegen)**

Angaben für Spitex und/oder bei Notfall für Pflege & Betreuung

Diagnose(n)		
Allergie(n)		
Medikamentenliste *	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Vorsorgeauftrag *	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Patienten-Verfügung **	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Vollmacht / Rechtsdelegation **	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Krankenversicherer

Krankenkasse		KK-Nr. * (20-stellig)	
Strasse, PLZ, Ort			

Hausarzt (bisher)

Vorname, Name	
Strasse, PLZ, Ort	

(* und ** Kopie beilegen)

Der/Die Unterzeichnende nimmt davon Kenntnis, dass zu den bekannten Mietzinsen und Nebenkosten pro Monat eine Dienstleistungspauschale von CHF 150.00 geschuldet ist und durch die Entgegennahme dieses Anmeldeformulars kein Anspruch auf Zuteilung eines Mietobjektes besteht sowie eine definitive Vergabe von diversen Kriterien und Abklärungen (1. Wohnsitz, Gesundheitszustand, bisherige Unterstützungsleistungen wie z.B. Spitex etc.) abhängig ist.

Wir bitten Sie, diesem Anmeldeformular für Mietinteressenten einen aktuellen Auszug, welcher über die Zeitspanne von mindestens 2 Jahren Auskunft gibt, aus dem Betreibungsregister beizulegen. Dieser ist auf dem Betreibungsamt Ihres Amtsbezirkes erhältlich.

Ihre Angaben unterstehen dem Datenschutzgesetz.

Hinweis Datenschutz: Sofern wir Ihre Bewerbung nicht berücksichtigen können, wird das vorliegende Formular und allfällige Beilagen umgehend vernichtet. Im Falle einer Objektvermietung, werden die vorliegenden Daten für die interne Bearbeitung bei uns gespeichert. Mit der Bekanntgabe von Personendaten erklären die Antragssteller das Einverständnis zur Datenbearbeitung.

Ich (wir) erkläre(n) hiermit, vorliegende Anmeldung wahrheitsgetreu ausgefüllt zu haben und anerkenne(n), dass der Vermieter berechtigt ist, von einem angebotenen oder bereits unterzeichneten Mietvertrag zurückzutreten, falls sich herausstellen sollte, dass die gemachten Angaben nicht den Tatsachen entsprechen.

<input type="checkbox"/> Interessent:in	<input type="checkbox"/> Partner/in, Angehörige	<input type="checkbox"/> Solidarhaftung
Datum:	Datum:	Bitte das ausgefüllte Formular einsenden oder in der Schärmtanne AG abgeben, merci!
Unterschrift:	Unterschrift(en):	