

## Anmeldeformular

Die Anmeldung erfolgt vorsorglich

Eintritt dringend erwünscht

Name:

Vorname:

Strasse:

PLZ/Ort:

Geburtsdatum:

Zivilstand:

Heimatort:

Telefon:

Konfession:

AHV-Nr.:

Hausarzt:

Krankenkasse:

Versicherungsnummer:

(Kopie Versichertenkarte an Alterswohnen Teba oder [finanzen@teba.ch](mailto:finanzen@teba.ch))

### Kontaktperson Angehörige / Gesetzliche Vertretung

Name / Adresse:

Telefon / E-Mail:

Verwandtschaftsgrad:

Weitere Angehörige: (Name/Adresse/Telefon/Mail/Verwandtschaftsgrad)

Rechnungsadresse/Finanzverwaltung:

Beziehen Sie Ergänzungsleistungen?

ja

nein

Beziehen Sie Hilflosenentschädigung?

ja

nein

### Bankverbindung für Rückzahlungen (z.B. Rückerstattung Vorauszahlung)

IBAN-Nummer:

Lautend auf:

Datum:

Unterschrift