



Ich/wir melden uns für folgende Wohnung an

1. und 2. OG	2-Zimmer Wohnung mit Loggia	3-Zimmer Wohnung mit Loggia
3. und 4. OG	2-Zimmer Wohnung mit Balkon	3-Zimmer Wohnung mit Balkon
5. bis 7. OG	2-Zimmer Wohnung mit Balkon	3-Zimmer Wohnung mit Balkon

Gewünschter Mietbeginn

☐ Ich/wir besitze/n ein Auto

Kennzeichen

1. Person

Name

Heimatort

Vorname

AHV-Nr.

Geburtsdatum

Telefon

Zivilstand

Mobil

Konfession

E-Mail

☐ Ich beziehe Ergänzungsleistungen (EL)

Gemeldete Wohnadresse

Dort wohnhaft seit

2. Person

Name

Heimatort

Vorname

AHV-Nr.

Geburtsdatum

Telefon

Zivilstand

Mobil

Konfession

E-Mail

☐ Ich beziehe Ergänzungsleistungen (EL)

Gemeldete Wohnadresse

Dort wohnhaft seit



Krankenkasse

1. Person

Krankenkasse	
Mitglied-Nr.	
Karten-Nr.	

2. Person

Krankenkasse	
Mitglied-Nr.	
Karten-Nr.	

Haftpflichtversicherung

1. Person

Versicherung	
Policen-Nr.	
Adresse	
PLZ/Ort	

2. Person

Versicherung	
Policen-Nr.	
Adresse	
PLZ/Ort	

Rechnungsstellung

Wie lautet die Rechnungsadresse?

--

Zahlungsart

☐ Rechnung

☐ eBill* E-Mail

☐ Mailversand** E-Mail Mobil

* Bei eBill benötigen wir die E-Mail Adresse, die mit dem eBill-Konto verknüpft ist.

** Bei einem Rechnungsversand per Mail benötigen wir die entsprechende Mailadresse und Mobilnummer.



Arzt und Spitex

1. Person

Arztpraxis

Arzt

Adresse

PLZ/Ort

2. Person

Arztpraxis

Arzt

Adresse

PLZ/Ort

Beziehen Sie aktuell Leistungen einer Spitex? Wenn ja, bitte Spitex-Bericht beilegen.

☐ Ich/wir beziehen Spitex-Pflegeleistungen.

☐ Ich/wir beziehen Spitex-Haushaltsleistungen.

☐ Ich/wir beziehen Spitex-Haushalts UND Spitex-Pflegeleistungen.

Kontakt-/Bezugspersonen (z.B. Ehemann/Ehefrau, Tochter, Sohn, Schwester, Nefte usw.)

Bei Notfällen trägt die 1. Bezugsperson die Verpflichtung, alle weiteren Angehörigen zu informieren.

*Um sicherzustellen, dass eine allfällige Wohnungsräumung infolge Todesfalls in Treu und Glauben erfolgt, liegt die Vollmacht standardgemäss bei der ersten Bezugsperson. Vollmachtsüberschreibungen müssen dem APZB zeitnah gemeldet werden. Bei familiären Unstimmigkeiten lehnt das APZB jegliche Haftung ab.

1. Bezugsperson*

Beziehung

Name

Vorname

Strasse

PLZ / Ort

Tel. P

Tel. G

Mobil

E-Mail

2. Bezugsperson

Beziehung

Name

Vorname

Strasse

PLZ / Ort

Tel. P

Tel. G

Mobil

E-Mail

3. Bezugsperson

Beziehung

Name

Vorname

Strasse

PLZ / Ort

Tel. P

Tel. G

Mobil

E-Mail



Finanzierung

- ☐ Ich bin/wir sind in der Lage, die Miete und die Unterstützungspauschale monatlich im Voraus zu bezahlen.

Beistandschaft

- ☐ Ich/wir haben eine Beistandschaft.
Falls ja, bitte eine Kopie der Dokumente beilegen.

Erforderliche Unterlagen

Nicht vollständige Anmeldungen können nicht berücksichtigt werden!

- ☐ Kopie Krankenkassenkarte/n
- ☐ Kopie Spitex-Bericht/e (falls zum Zeitpunkt der Anmeldung Spitexleistungen bezogen werden)
- ☐ Dokumente über Beistandschaft
- ☐ Aktuelle Steuerrechnung

Bemerkungen



Zusatz zur Anmeldung

Mit der Unterzeichnung des Anmeldeformulars erklärt/erklären sich die interessierte/n Person/en damit einverstanden, dass bei einem allfälligen Rückzug der Anmeldung nach Ausstellung des Vertrags eine Bearbeitungsgebühr von CHF 150.00 pro Person erhoben wird. Im Falle eines Rückzuges nach Unterzeichnung des Vertrags gelten die vertraglich vereinbarten Kündigungsfristen.

Einwohnerinnen und Einwohner der Trärgemeinden Illnau-Effretikon und Lindau haben Vorrang bei der Wohnungsvergabe.

Datenschutz

Das Alters- und Pflegezentrum Bruggwiesen bearbeitet die persönlichen Daten unter Wahrung des Datenschutzgesetzes IDG 2007 des Kantons Zürich.

Person 1

Ort/Datum

Unterschrift

Person 2

Ort/Datum

Unterschrift

Bitte ausdrucken, unterschreiben und senden an:

Alters- und Pflegezentrum Bruggwiesen
Märtplatz 19
8307 Effretikon

oder per Mail an: was@apzb.ch