



**Stadelipark**

# Aufnahmegesuch

## 1. Zimmertyp

- Einerzimmer (Standard)
- Einerzimmer (Mansarde)
- Einerzimmer klein mit gem. Badnutzung
- Einerzimmer gross mit gem. Badnutzung

## 2. Aufenthaltsdauer

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Langzeitaufenthalt<br>von: _____ | <input type="checkbox"/> Kurzaufenthalt<br>von: _____ bis: _____ |
| <input type="checkbox"/> vorsorgliche Anmeldung           | <input type="checkbox"/> dringliche Anmeldung                    |

Bemerkungen: \_\_\_\_\_

## 3. Angaben zur Person

Name \_\_\_\_\_

Lediger Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_ Rufname: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

PLZ / Wohnort: \_\_\_\_\_

Telefon-Nummer: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Heimatort: \_\_\_\_\_

AHV-Nr.: \_\_\_\_\_ 756. \_\_\_\_\_

Zivilstand: \_\_\_\_\_

Konfession: \_\_\_\_\_

**(Bitte eine Kopie der Identitätskarte beilegen)**

im Kanton Nidwalden wohnhaft seit: \_\_\_\_\_ Ausserkantonale:  Ja Kanton: \_\_\_\_\_

Schriften deponiert in: \_\_\_\_\_

Wohngemeinde: \_\_\_\_\_

Krankenversicherer: \_\_\_\_\_ Vers.-Nr.: \_\_\_\_\_

Adresse Krankenversicherer: \_\_\_\_\_

Hausarzt: \_\_\_\_\_

Unverträglichkeiten / Allergien, welche: \_\_\_\_\_

#### 4. Erste Kontaktperson

##### Person 1

Name: \_\_\_\_\_ Lediger Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

PLZ/Wohnort: \_\_\_\_\_

Telefon-Nummer: Privat: \_\_\_\_\_ Geschäft: \_\_\_\_\_

Telefon-Nummer: Mobil: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

gesetzliche Vertretung / Vollmacht:  Ja  Nein

Partner/-in  Sohn  Tochter  Andere \_\_\_\_\_

#### 5. Weitere Personen (optional)

##### Person 2

Name: \_\_\_\_\_ Lediger Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

PLZ/Wohnort: \_\_\_\_\_

Telefon-Nummer: Privat: \_\_\_\_\_ Geschäft: \_\_\_\_\_

Telefon-Nummer: Mobil: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

gesetzliche Vertretung / Vollmacht:  Ja  Nein

Partner/-in  Sohn  Tochter  Andere \_\_\_\_\_

### Person 3

Name: \_\_\_\_\_ Lediger Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

PLZ/Wohnort: \_\_\_\_\_

Telefon-Nummer: Privat: \_\_\_\_\_ Geschäft: \_\_\_\_\_

Telefon-Nummer: Mobil: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

gesetzliche Vertretung / Vollmacht:  Ja  Nein

Partner/-in  Sohn  Tochter  Andere \_\_\_\_\_

### 6. Informationen zur Rechnungsstellung

#### Versandinformationen

an der/die Bewohner/-in  an die erste Kontaktperson – Person 1

an Person 2  an Person 3  an Drittperson

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

PLZ/Wohnort: \_\_\_\_\_

Telefon-Nummer: Privat: \_\_\_\_\_ Geschäft: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

#### Lastschriftverfahren

ja

Name der Bank / Post: \_\_\_\_\_

Adresse und PLZ Ort: \_\_\_\_\_

IBAN: \_\_\_\_\_ Bank-Clearing Nr.: \_\_\_\_\_

### 7. Weitere Informationen (optional)

Beziehen Sie eine Hilfenentschädigung?  Ja  Nein

Besteht zurzeit eine Anmeldung für Hilfenentschädigung?  Ja  Nein

Beziehen Sie Ergänzungsleistungen?  Ja  Nein

Besteht zurzeit eine Anmeldung für Ergänzungsleistungen?  Ja  Nein

