**Formular Anmeldung für Dienstleistungen der Stiftung RaJoVita**

Interesse an folgenden Angeboten

Stationär (Pflegezentren/Pflegewohnungen)  Tagesstätte  Spitex

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Name, Vorname | Geburtsdatum | Zivilstand |
| Strasse, Nr./Postleitzahl, Ort           / | Telefon  Mobil  E-Mail | Heimatort |
| Konfession  röm.-kath.  ev.-ref. andere  Dürfen wir Ihren Namen der Kirche mitteilen?  ja  nein | | |
| Schriften in Rapperswil-Jona  ja  nein, sondern in | | |
| Sozialversicherungs-Nummer (ehem. AHV): 756. | | |
| **Bankverbindung**  Bankname:  IBAN-Nr. | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **Krankenkasse:** Name, Ort    VeKa 20-stellige Kartennr.: 807  Versichertennummer:  Gültig bis: | **Versicherungsart**  allgemein  halbprivat  privat  ausserkantonal |
| **Hausarzt/-ärztin:** Name, Telefonnummer | **Spital** (bei allfälliger Einweisung) |

|  |  |
| --- | --- |
| **Bezugsperson 1** (bei Fragen zu Betreuung/Pflege) | |
| Name, Vorname | Art der Beziehung |
| Strasse, Nr./Postleitzahl, Ort           / | Tel. |
| Mobil |
| E-Mail |
| Versand der Informationen per E-Mail gewünscht?  ja  nein | |

|  |  |
| --- | --- |
| **Bezugsperson 2** (bei Fragen zu Betreuung/Pflege) | |
| Name, Vorname | Art der Beziehung |
| Strasse, Nr./Postleitzahl, Ort           / | Tel. |
| Mobil |
| E-Mail |
| Versand der Informationen per E-Mail gewünscht?  ja  nein | |

|  |  |
| --- | --- |
| **Rechnungsadresse** | |
| Name, Vorname | E-Mail |
| Strasse, Nr./Postleitzahl, Ort           / | |
| Versand der Rechnung per E-Mail gewünscht?  ja  nein | |
| Rechnung per Lastschriftverfahren (LSV) gewünscht?  ja  nein  Falls ja:  Bank  Post (Sie erhalten das Formular zusammen mit dem Pensionsvertrag.) | |
| Beziehen Sie finanzielle Unterstützung?  nein | |
| Ja, nämlich:  Ergänzungsleistungen  Hilflosenentschädigung  IV | |

|  |  |
| --- | --- |
| **Vorsorge** | |
| Patientenverfügung  ja  nein | Vorsorgeauftrag  ja  nein |
| Vollmachten:  Name, Vorname:              Generalvollmacht  Bankvollmacht  andere | |

|  |
| --- |
| Bei Bewerbung für einen **Pflegeplatz** – bevorzugen Sie eine bestimmte Institution? |
| Pflegezentrum  Meienberg  Bühl  Pflegewohnung  Porthof |

Anmerkungen

Mit der Unterschrift bestätigt die unterzeichnende Person, mit der Anmeldung einverstanden zu sein*.*

Ort, Datum Unterschrift

Name in Blockschrift

|  |  |
| --- | --- |
| Bitte senden Sie das vollständig ausgefüllte Formular an Drehscheibe RaJoVita Bollwiesstrasse 4, Postfach 2225 8645 Jona | Bei Fragen  Telefon 055 222 01 11 E-Mail: drehscheibe@rajovita.ch |