**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 [ ]  neinFalls 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 [ ]  BühlPflegewohnung [ ]  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 RaJoVitaBollwiesstrasse 4, Postfach 22258645 Jona | Bei FragenTelefon 055 222 01 11E-Mail: drehscheibe@rajovita.ch |