

# ANMELDUNG FÜR BETREUTES WOHNEN im Sozialzentrum Kössen/Schwendt

Eingangsvermerk  
(bitte nicht ausfüllen!)

## 1. Angaben zu Ihrer Person

Vorname			
Nachname			
Titel			
Geburtsdatum			
Geschlecht	<input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> männlich	
Sv-Nummer:			
Straße, Hausnummer			
Postleitzahl, Wohnort			
Staatsangehörigkeit			
Telefon/E-Mail			
Seit wann (Jahreszahl) befindet sich Ihr Hauptwohnsitz in Kössen oder Schwendt			
Personenstand	<input type="checkbox"/> verheiratet	<input type="checkbox"/> ledig	
	<input type="checkbox"/> verwitwet	<input type="checkbox"/> in einer Lebensgemeinschaft	
Nächste/r Angehörige/r (Name, Adresse, Telefonnummer)			
Bewerben Sie sich alleine für Betreutes Wohnen oder zusammen mit Ihrem/Ihrer Partner/in?	<input type="checkbox"/> alleine		
	<input type="checkbox"/> zu zweit	Name der zweiten Person*:	

\* Eine separate Anmeldung für die zweite Person ist unbedingt erforderlich!

## 2. Angaben zu Ihrem Betreuungsbedarf

Hausärztin/Hausarzt				
Verfügen Sie über eine Pflegestufe?	<input type="checkbox"/>	nein		
	<input type="checkbox"/>	ja		
Angabe der Pflegestufe:				
Nehmen Sie derzeit die Leistungen des Gesundheits- und Sozialsprengels Kössen/Schwendt oder eines anderen mobilen Pflegedienstleiters in Anspruch	<input type="checkbox"/>	nein		
	<input type="checkbox"/>	ja		
Angabe zum Dienstleister:				
Ist Ihr derzeitiges Wohnumfeld barrierefrei?	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>	ja
Gründe für Ihre Bewerbung für das Betreute Wohnen:				
.....				
.....				
.....				

## 3. Angaben zu Ihrem Wohnungswunsch

Haben Sie Interesse an einem Tiefgaragenparkplatz?	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>	ja
Haben Sie weitere konkrete Wunschvorstellungen zur Wohnung (z. B. TOP-Bezeichnung, TOP:				
.....				
.....				
Übermittlung der Meldebestätigung				
Anmerkungen:				
.....				
.....				

Ich bestätige die Richtigkeit der angeführten Angaben

Ort, Datum

Unterschrift

Bitte senden Sie dieses Anmeldeformular an das Sozialzentrum Kössen/Schwendt	POST:	z. H. Frau Schwaiger Sabine Mesnerfeld 2 6345 Kössen
	E-Mail:	<a href="mailto:info@sozialzentrum.at">info@sozialzentrum.at</a>
	FAX	05375/6020-55