



Telefon: 044 863 15 45  
Fax: 044 863 15 99  
Zuständigkeit: Susanna Maggetti  
E-Mail: susanna.maggetti@buelach.ch

Gesellschaft  
Feldstrasse 99  
8180 Bülach

**BESTÄTIGUNG ÜBER DEN HEIMAUFENTHALT IM RAHMEN DER NEUEN PFLEGEFINANZIERUNG**

Angaben zur Heimbewohnerin / zum Heimbewohner

Name / Vorname..... AHV-Nr.....  
Geburtsdatum..... Nationalität.....  
Adresse..... PLZ..... Ort.....  
Telefon..... Zivilstand.....  
In welcher Gemeinde zahlen Sie die Steuern?.....

Heimaufenthalt

Name des derzeitigen Heimes.....  
Adresse..... PLZ..... Ort.....  
Telefon.....

Aufenthalt im derzeitigen Heim seit:.....

Haben Sie sich vorher in einem anderen Heim aufgehalten?  Ja  Nein

Wenn ja, in welchen Heimen?

Name des Heimes	Adresse, PLZ, Ort	Aufenthalt vom - bis
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....

bitte wenden

Letzter Wohnsitz vor Heimeintritt

Wie lautete Ihre Adresse vor dem ersten Heimeintritt? (In der Regel die letzte eigenständige Wohnadresse)

Adresse..... PLZ..... Ort.....

Rentenbezug

- |   |                             |                               |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| Beziehen Sie eine IV-Rente?   | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Beziehen Sie eine AHV-Rente?  | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Beziehen Sie Leistungen aus anderen Versicherungen, zum Beispiel von der UVG? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Beziehen Sie Ergänzungsleistungen?  | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Oder sind evtl. Abklärungen im Gange?   | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |

Gesetzliche Vertretung

Haben Sie eine/n gesetzliche/n Vertreter/in?  Ja  Nein

Wenn Ja,  Beiständin/Beistand  Vormundin/Vormund  Angehörige/r mit Vollmacht

Name, Vorname ..... Telefon.....

Adresse..... PLZ..... Ort.....

Ich erkläre mich einverstanden, dass zwischen dem Bereich Gesundheit der Stadt Bülach und dem Amt für Zusatzleistungen der Stadt Bülach Informationen ausgetauscht werden können.

Ort und Datum

Unterschrift

.....

.....

Heimbewohnerin / Heimbewohner

Ort und Datum

Unterschrift

.....

.....

Gesetzliche Vertretung (falls vorhanden)