

# Interessensbekundung für eine Mietwohnung

Betreutes Wohnen

Karlstraße 23, 34466 Wolfhagen

Name, Vorname:	
Adresse:	
Telefonnummer: Handy-Nummer:	E-Mail:
Geboren am:	Geburtsort:
Geburtsname:	Familienstand:
Staatsangehörigkeit:	Konfession:
Krankenversicherung:	Krankenversicherungsnummer:
Pflegegrad: _____ seit: _____	
Erfolgt eine häusliche Pflege durch einen ambulanten Pflegedienst? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Falls ja, Name und Adresse des Pflegedienstes: _____ _____	
Vollständige COVID-19-Impfung: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, letzte Impfung am: _____, Anzahl der Impfungen: ____	
Eine Patientenverfügung liegt vor <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein      Eine Vollmacht liegt vor <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Eine rechtliche Betreuung liegt vor <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
<b>Finanzierung</b>	
Rechnungsempfänger: _____	
Hausarzt:	Telefonnummer:
Adresse:	
Facharzt (falls vorhanden):	Telefonnummer:
Adresse:	

-bitte wenden -

# Interessensbekundung für eine Mietwohnung

## Betreutes Wohnen

Karlstraße 23, 34466 Wolfhagen

1. Ansprechpartner (Familienangehöriger, rechtlicher Betreuer, Vertrauensperson):

Name, Vorname:

Adresse:

Telefonnummer:

E-Mail:

Verhältnis:

Ehepartner\*in / Lebensgefährt\*in

Tochter / Sohn

Rechtliche(r) Betreuer\*in

Vollmachtinhaber\*in

**Bitte Kopien des Betreuungsausweises bzw. der entsprechenden Vollmacht vorlegen**

2. Ansprechpartner (Familienangehöriger, rechtlicher Betreuer, Vertrauensperson):

Name, Vorname:

Adresse:

Telefonnummer:

E-Mail:

Verhältnis:

Ehepartner\*in / Lebensgefährt\*in

Tochter / Sohn

Rechtliche(r) Betreuer\*in

Vollmachtinhaber\*in

**Bitte Kopien des Betreuungsausweises bzw. der entsprechenden Vollmacht vorlegen**

### **Haben Sie noch Fragen? Wenden Sie sich gerne an:**

#### **Frau Iris Distler**

Seniorenzentrum Wolfhagen gGmbH

Karlstraße 18, 34466 Wolfhagen

**Tel.:** 05692-9965-206

**Fax:** 05692-9965-250

**Zentrale:** 05692-9965-0

✉ [i.distler@sz-woh.de](mailto:i.distler@sz-woh.de)

Hiermit stelle ich einen verbindlichen Antrag zur Aufnahme auf die Warteliste für das Betreute Wohnen der Seniorenzentrum Wolfhagen gGmbH, Karlstraße 23, 34466 Wolfhagen.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Antragsteller\*in / gesetzliche Vertretung