



AWO Marie-Juchacz-Haus
Jägerstraße 15
97082 Würzburg

Tel.: 0931 45255-0
Fax: 0931 45255-499

1. Persönliche Daten des Kunden

Name, Vorname _____

Straße, PLZ, Wohnort, Telefon _____

Derzeitiger Aufenthalt Privat (wie oben) Klinik / andere Einrichtung _____

Geburtsdatum _____ Geburtsname: _____

Geburtsort _____ Staatsangehörigkeit: _____

Anzahl der Kinder _____ Familienstand: _____

2. Krankenkasse / Pflegekasse

Versichertennummer _____ Status _____ Versicherungskarte gültig bis _____

Name Krankenkasse / Pflegekasse _____ Anschrift (Straße, PLZ, Ort) _____

Aktueller Pflegegrad _____ besteht ab ..

3. Ärztliche Versorgung

Hausarzt

Name, Vorname _____

Adresse Praxis _____

Telefon _____ Fax: _____

Email: _____

4. Kontaktadressen / Angehörige:

Angehöriger Nr. 1

Name, Vorname: _____ Verwandtschaftsverhältnis: _____

Adresse _____

Telefon: _____ Fax: _____ Mobil: _____ Email: _____

Angehöriger Nr. 2

Name, Vorname: _____ Verwandtschaftsverhältnis: _____

Adresse _____

Telefon: _____ Fax: _____ Mobil: _____ Email: _____



Für weitere Kontaktpersonen fügen Sie ein gesondertes Blatt bei. Danke.

5. Vertretung des Kunden

Vollmacht liegt schriftlich vor (Genauere Bezeichnung der Vollmacht) _____

Name Bevollmächtigter: _____ ggf. Ausstellender Notar : _____

Adresse Bevollmächtigter: _____ Vollmacht ausgestellt am: _____

Telefon: _____ Fax: _____ Mobil: _____

Email: _____

6. Gewünschte Wohnungsgröße*

45 – 55 qm

55 – 65 qm

> als 65 qm

* Ggf. mehrere Wohnungsgrößen ankreuzen

Besondere Wünsche:

7. Dringlichkeit

Ich/Wir haben dringendes Interesse an einer Wohnung

Ich/wir wollen uns nur auf eine Warteliste setzen lassen; aktuell besteht kein Bedarf

8. Anmeldeverfahren

Mit meiner/unserer Unterschrift bestätige(n) ich/wir die Richtigkeit der gemachten Angaben und die Einwilligung zur Anmeldung in das Service Wohnen.

Das Marie-Juchacz-Haus nimmt die Anmeldung auf die Warteliste; damit ist kein Rechtsanspruch auf die Zuteilung einer frei werdenden Wohnung verbunden.

Ort, Datum

Unterschrift des Aufzunehmenden / Betreuers oder Bevollmächtigten / Ehepartner

Sind Sie

Kunde vom ambulanten Dienst? JA NEIN

Kunde von der Tagespflege? JA NEIN

Mitglied im MJH Förderverein? JA NEIN

AWO-Mitglied? JA NEIN