

# WOHNUNGSINTERESSENT

## **“Betreutes Wohnen” Kirchheimer Strasse 24 + 46, 73249 Wernau (N)**

Dieses Formular bitte ausgefüllt zurücksenden an:  
**Wohnbaugesellschaft Wernau (Neckar) GmbH, Kirchheimer Str. 131, 73249 Wernau**  
Tel. Nr. 07153/550480; Fax. Nr. 07153/5504828; E-Mail: info@wohnbauwernau.de

Ich bin/wir sind interessiert

an einer **1,5 Zimmer-Wohnung, Küche Bad/WC**   
**2 Zimmer-Wohnung, Küche Bad/WC**   
**2,5 Zimmer-Wohnung, Küche Bad/WC**

**Zutreffendes**  
**bitte ankreuzen**

### **1. Persönliche Angaben**

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ (früherer) Beruf: \_\_\_\_\_

Strasse: \_\_\_\_\_ PLZ/Wohnort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Ich lebe allein  Ich lebe mit (Ehe-) Partner(in)

#### **(Ehe-)Partner:**

Vorname: \_\_\_\_\_ (Geb.-)Name: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ (früherer) Beruf: \_\_\_\_\_

Ich/wir habe(n) Angehörige in Wernau (Neckar) Ja  nein

bzw. Umgebung (in \_\_\_\_\_) Ja  nein

### **2. Derzeitige Wohnverhältnisse**

Mietwohnung  Eigentumswohnung  Haus

Eigener Haushalt: Ja  nein

Im Familienverbund: Ja  nein

Anzahl der Zimmer: \_\_\_\_\_ mit \_\_\_\_\_qm Wohnfläche

### **3. Angaben über den Gesundheitszustand**

#### **a) Behinderung**

Haben Sie oder Ihr (Ehe-) Partner(in) eine Behinderung ja  nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

## **b) Hilfestellungen**

Benötigen Sie fremde Hilfe ?

- |  |                             |                               |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| - beim Aufstehen/Zubettgehen ?             | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| - beim Waschen ?                           | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| - beim Baden ?                             | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| - beim An- und Ausziehen ?                 | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| - beim Toilettengang ?                     | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| - beim Essen ?                             | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| - beim außer Haus gehen?                   | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| - bei Fortbewegung innerhalb der Wohnung ? | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |

## **c) Wurden Sie durch den Medizinischen Dienst der Pflegekasse begutachtet?**

ja  nein

Wenn ja, in welchen Pflegegrad wurden Sie eingestuft?

**Pflegegrad** \_\_\_\_\_

## **4. Wirtschaftliche Verhältnisse (Angaben sind freiwillig)**

Lohn/Gehalt Euro \_\_\_\_\_ Betriebsrente Euro \_\_\_\_\_

Versorgungsbezüge Euro \_\_\_\_\_ sonst. Einnahmen Euro \_\_\_\_\_

Renten Euro \_\_\_\_\_

Verpflichtungen/Schulden und daraus resultierende Belastungen Euro \_\_\_\_\_

Wohnberechtigungsschein ja  nein

## **5. Wohnungswunsch**

Ort, Straße: \_\_\_\_\_

Bezug ab: \_\_\_\_\_

Größe:  1- Zi.  2-Zi.  2,5-Zi. mit \_\_\_\_\_ m<sup>2</sup>

Garage  Stellplatz  Balkon  Terrasse

Sonstiges: \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

\_\_\_\_\_  
Unterschrift (Ehe-) Partner(in)