



Altenhilfe der  
Kaiserswerther Diakonie gGmbH  
Alte Landstraße 179  
40489 Düsseldorf  
Fon: 0211.409 3411  
Fax: 0211.409 3355  
altenhilfe@kaiserswerther-diakonie.de

## ANMELDUNG

zur Aufnahme in die Bewerberliste  
Servicewohnen für Seniorinnen  
in den Feierabendhäusern der Kaiserswerther Diakonie

**Vor- und Zuname:** \_\_\_\_\_

**Evtl. Geburtsname:** \_\_\_\_\_ **Familienstand:** \_\_\_\_\_

**Geburtsdatum:** \_\_\_\_\_ **Geburtsort:** \_\_\_\_\_ **Konfession:** \_\_\_\_\_

**Kaiserswerther Schwester:** Ja  Nein

**Anschrift:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Telefon:** \_\_\_\_\_ **Mobiltelefon:** \_\_\_\_\_ **E-Mail:** \_\_\_\_\_

### Nächster Angehöriger

**Vor- und Zuname:** \_\_\_\_\_

**(Verwandtschafts-) Verhältnis zur Mieterin:** \_\_\_\_\_

**Anschrift:** \_\_\_\_\_

**Telefon:** \_\_\_\_\_ **Mobiltelefon:** \_\_\_\_\_

**E-Mail:** \_\_\_\_\_

**Ist eine Vertretungs-/Vorsorgevollmacht vorhanden?** Ja  (Bitte Kopie beilegen) Nein

### Haben Sie Anrecht auf einen Wohnberechtigungsschein (WBS)?

(Einkommensgrenze alleinstehende Rentnerin aktuell ca. 20.579 € brutto pro Jahr)

Ja  Nein

### Haben Sie einen Pflegegrad?

Ja  Grad ..... Nein  Antrag wurde gestellt

### Haben Sie einen Schwerbehindertenausweis?

Ja  Grad ..... % Nein



**Wünsche zur neuen Wohnung:**

**Etage:** Erdgeschoss  1. OG  2. OG  egal

**Anzahl der Räume:** 1 Zimmer  2 Zimmer  egal

**Größe:** ..... m<sup>2</sup>

**Bemerkungen**

---

---

---

**Wichtiger Hinweis:**

**Bitte teilen Sie uns 1x jährlich mit, ob der Antrag bestehen bleiben soll,  
da er sonst nach zwei Jahren automatisch gelöscht wird.**

**Hinweis zum Datenschutz:**

Hiermit erkläre ich mich mit der elektronischen Speicherung, Nutzung und Weiterverarbeitung meiner Daten und übermittelten Dokumente zum Zwecke der Kontaktaufnahme einverstanden. Weitere Informationen finden Sie in unserer *Datenschutzerklärung* unter [www.kaiserswerther-diakonie.de/de/datenschutz.html](http://www.kaiserswerther-diakonie.de/de/datenschutz.html).

---

**Ort und Datum**

---

**Unterschrift**

**Rücksendung an:**

Altenhilfe der Kaiserswerther Diakonie gGmbH  
Büro Bereichsleitung  
Frau A. Peters  
Alte Landstraße 179  
40489 Düsseldorf