

Absender _____

Datum _____

Tel. _____

2. Ansprechpartner: _____

(Verwandschaftsverhältnis)

(Telefonnummer)

ASB Kreisverband Oberhavel e.V.

Betreutes Wohnen
Robert-Koch-Platz 21 a
16767 Leegebruch

Anmeldung für eine Wohnung im Betreuten Wohnen beim ASB

Sehr geehrte Frau Bartsch,

ich / wir möchten uns für folgende Wohnung anmelden:

- | | | | | | |
|--------------------------|------------------------------------|----|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | 1 Raum - Wohnung im Haus C-D | | OG | <input type="checkbox"/> | |
| <input type="checkbox"/> | 1,5 Raum -Wohnung im Haus A oder B | EG | <input type="checkbox"/> | OG | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | 2 Raum - Wohnung im Haus A oder B | EG | <input type="checkbox"/> | OG | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | 2 Raum - Wohnung im Haus C-D | | OG | <input type="checkbox"/> | |

Geburtsdatum: _____ Sie: _____ Er: _____

Pflegestufe: _____ Sie: _____ Er: _____

Ich / Wir wohnen im Landkreis Oberhavel / Land Brandenburg und legen einen Wohnberechtigungsschein vom bei.

Mit freundlichen Grüßen

Anlage : Wohnberechtigungsschein vom