



Wohnen für Hilfe Bern

Anmeldung für Studierende

Persönliche Angaben

Name:	
Vorname:	
Adresse:	
Geburtsdatum:	
Telefon:	
Mobil:	
Email:	
Nationalität:	
Muttersprache:	
Weitere Sprachkenntnisse:	
AHV-Nr.:	
Hochschule/Fachhochschule:	
Matrikel-Nr.:	

Bitte Umblättern!

Weitere Angaben

Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Spielen Sie ein Instrument?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Haben Sie Allergien?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Haben Sie einen Führerschein?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Haben Sie eine Privathaftpflichtversicherung?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Haben Sie positive oder negative Erfahrung mit Haustieren?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, nämlich _____
Ist Ihnen die Anbindung an den öffentlichen Verkehr wichtig?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wie weit von der Hochschule/-Fachhochschule darf das Zimmer sein?	___ km bzw. ___ Minuten mit öV oder Velo

Wünsche zum Zimmer

Zimmergrösse:	Mindestens ___ m ²
Möblierung:	<input type="checkbox"/> möbliert <input type="checkbox"/> unmöbliert <input type="checkbox"/> egal
Übernachten Dritter?	<input type="checkbox"/> gewünscht <input type="checkbox"/> nicht erforderlich
sep. Dusche/Bad/WC	<input type="checkbox"/> gewünscht <input type="checkbox"/> nicht erforderlich
Abstellplatz für Velo?	<input type="checkbox"/> gewünscht <input type="checkbox"/> nicht erforderlich
Parkplatz für Auto?	<input type="checkbox"/> gewünscht <input type="checkbox"/> nicht erforderlich
Einzugstermin:	
Sonstige Wünsche:	

Hilfe und Unterstützung, die Sie leisten können/möchten

Hausarbeit leicht (putzen, spülen):	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Hausarbeit schwer (Fenster putzen, Böden aufnehmen):	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Gartenarbeit:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Betreuung von Haustieren:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Kleinere Reparaturen:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Einkaufen:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Kochen:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Korrespondenz/Schreibarbeiten:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Begleitung zum Arzt oder zu Behörden:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Begleitung zu kulturellen Angeboten:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Begleitung bei Ausflügen:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Hilfe beim Computer od. Handy:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Gesellschaft leisten (vorlesen, jassen)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Weiteres:	

Ort/Datum: _____ Unterschrift: _____

Formular per Post oder Email an:

Kompetenzzentrum Alter
Wohnen für Hilfe Bern
Predigergasse 6
3011 Bern

alter@bern.ch