

1. Personalien

In welchem Land ist Ihr Wohnsitz?

Ist Ihr gewöhnlicher Aufenthalt in der Schweiz?

- ja
 nein

In welchem Kanton ist Ihr gewöhnlicher Aufenthalt?

1.1 Persönliche Angaben

Name

auch Name als ledige Person

Vornamen

alle Vornamen, den Rufnamen bitte in Grossbuchstaben

Geschlecht

- weiblich männlich

Geburtsdatum

TT, MM, JJJJ

AHV-Nummer

13-stellig. Die AHV-Nummer finden Sie auch auf Ihrer schweizerischen Krankenversicherungskarte.

Zivilstand

seit

TT, MM, JJJJ

1.2 Gesetzlicher Wohnsitz mit genauer Adresse

Postleitzahl

Ort

Strasse

Hausnummer

Telefonnummer

E-Mail

Aktueller Aufenthaltsort (falls abweichend vom gesetzlichen Wohnsitz, z. B. Spital- oder Heimaufenthalt)

Name der Institution

Postleitzahl, Ort

Strasse, Hausnummer

Bei Spital- oder Heimaufenthalt

Datum des Eintritts

TT, MM, JJJJ

1.3 Beistandschaft

Besteht eine Beistandschaft?

ja nein

Wenn ja, Name und Adresse des Beistandes/Vertreters

Wenn ja, legen Sie dieser Anmeldung eine Kopie der Ernennungsurkunde zur Beistandschaft und die Beschreibung der Pflichten und Aufgaben bei.

1.4 Staatsangehörigkeit

Schweizer Bürgerinnen und Bürger

Heimatgemeinde/Kanton

Schweizer Bürgerrecht seit

TT, MM, JJJJ

Ausländische Staatsangehörige

Staatsangehörigkeit

Datum der Einreise in die Schweiz

TT, MM, JJJJ

2. Allgemeine Angaben

2.1 Frühere Anmeldungen

Wurde für folgende Person bereits einmal eine Anmeldung zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung eingereicht?

Für Sie?

ja nein

Für die Ehepartnerin/den Ehepartner bzw. die eingetragene Partnerin/den eingetragenen Partner?

ja nein

Wenn ja, für welche Leistung und bei welcher IV-Stelle?

3. Angaben zur gesundheitlichen Beeinträchtigung

3.1 Nähere Angaben zur Art der gesundheitlichen Beeinträchtigung

Seit wann besteht die gesundheitliche Beeinträchtigung?

TT, MM, JJJJ

3.2 Unfall oder Schadenereignis

Die gesundheitliche Beeinträchtigung ist ganz oder teilweise zurückzuführen auf:

einen Unfall (z.B. Strassenverkehr, Ausübung beruflicher oder sportlicher Aktivität, Gewaltdelikt, usw.)

ein anderes Schadenereignis (z.B. mögliche ärztliche Sorgfaltspflichtverletzung, Infekt in einem Spital, Schädigung durch Tiere, durch Produkte, Suizidversuch, usw.)

eine Krankheit

Ergänzende Bemerkungen zum Ereignis

3.3 Arzt, Spital oder Pflegeheim

Bitte geben Sie uns hier Ihren Hausarzt sowie weitere behandelnde Ärzte, Spitäler oder Pflegeheime an.

Name und Adresse

Fachrichtung

Für welche Leiden?

In Behandlung von

In Behandlung bis

TT, MM, JJJJ

TT, MM, JJJJ

Name und Adresse

Fachrichtung

Für welche Leiden?

In Behandlung von

In Behandlung bis

TT, MM, JJJJ

TT, MM, JJJJ

4. Angaben zur Hilflosigkeit

4.1 Alltägliche Lebensverrichtungen

Sind Sie bei den folgenden alltäglichen Verrichtungen wegen Ihrer Hilflosigkeit und trotz Hilfsmitteln regelmässig in erheblicher Weise auf die direkte („physische“) oder indirekte (Anweisungen) Hilfe Dritter angewiesen? Bitte beschreiben Sie die Art der Dritthilfe möglichst konkret. Zudem müssen wir wissen, seit wann (Monat/Jahr) und wie oft pro Tag bzw. pro Woche die Hilfe notwendig ist.

Ankleiden/Auskleiden

ja nein

seit

Monat/Jahr

Art und Häufigkeit der Hilfe (genaue Beschreibung)

Aufstehen/Absitzen/Abliegen

ja nein

seit

Monat/Jahr

Art und Häufigkeit der Hilfe (genaue Beschreibung)

Essen (Nahrung zerkleinern/Nahrung zum Mund führen)

ja nein

seit
Monat/Jahr

Art und Häufigkeit der Hilfe (genaue Beschreibung)

Körperpflege (Waschen, Kämmen, Rasieren, Baden/Duschen)

ja nein

seit
Monat/Jahr

Art und Häufigkeit der Hilfe (genaue Beschreibung)

Verrichten der Notdurft (Reinigung nach Toilettengang, Ordnen der Kleider nach Toilettengang, Katheterisierung oder ähnliches)

ja nein

seit
Monat/Jahr

Art und Häufigkeit der Hilfe (genaue Beschreibung)

Fortbewegung/Pflege gesellschaftlicher Kontakte (in der Wohnung/im Freien)

ja nein

seit
Monat/Jahr

Art und Häufigkeit der Hilfe (genaue Beschreibung)

4.2 Medizinisch-pflegerische Hilfe

Benötigen Sie medizinisch-pflegerische Hilfe (beispielsweise tägliches Richten und/oder Verabreichen von Medikamenten, Wechseln von Bandagen usw.)?

ja nein

Wenn ja, in welcher Form und in welchen Bereichen?

--

Seit wann besteht die Pflegebedürftigkeit in diesem Umfang?

--

Monat/Jahr

Von wem wurde/wird die Hilfe geleistet (vor bzw. nach Spital- oder Heimeintritt)?

Name/Institution

--

Postleitzahl, Ort

Strasse, Hausnummer

4.3 Persönliche Überwachung

Ist es möglich für mindestens ein bis zwei Stunden während des Tages alleine zu sein

ja nein

Wenn nein, bitte begründen.

Seit wann besteht die Überwachungsbedürftigkeit in diesem Umfang?

Monat/Jahr

Wer besorgt die Überwachung?

Name/Institution

Postleitzahl, Ort

Strasse, Hausnummer

4.4 Bettlägerigkeit

Sind Sie bettlägerig?

ja nein

Für durchschnittlich wie viele Stunden pro Tag können Sie das Bett verlassen?

4.5 Hilfsmittel

Sind Hilfsmittel vorhanden?

ja nein

Wenn ja, welche?

5. Angaben zur lebenspraktischen Begleitung für Erwachsene, die nicht in einem Heim wohnen

5.1 Lebenspraktische Begleitung

Sind Sie wegen gesundheitlicher Beeinträchtigungen auf eine lebenspraktische Begleitung angewiesen?

ja nein

Sind Hilfeleistungen erforderlich, damit Sie selbständig wohnen können?

ja nein

Wenn ja, in welcher Form?

seit wann ?

TT, MM, JJJJ

Brauchen Sie für Erledigungen und Kontakte ausserhalb Ihrer Wohnung Begleitung?

ja nein

Wenn ja, in welcher Form?

seit wann ?

TT, MM, JJJJ

Sind Sie auf die Anwesenheit einer Drittperson angewiesen um eine Isolation zu verhindern?

ja nein

Wenn ja, seit wann und in welcher Form?

seit wann ?

TT, MM, JJJJ

5.2 Spezialisierter Dienst

Bitte füllen Sie die folgenden Fragen aus, wenn Sie eine psychische Erkrankung haben.

Hatten Sie bereits Kontakt mit einem spezialisierten Dienst (z. B. Beratungsstelle usw.)?

ja nein

Name/Institution

Postleitzahl, Ort

Strasse, Hausnummer

5.3 Hilfeleistung

Wer leistet Hilfe und in welcher Form?

Name/Institution

Postleitzahl, Ort

Strasse, Hausnummer

Wie viele Stunden pro Woche?

seit

TT, MM, JJJJ

5.4 Formular ausgefüllt

Dieses Formular wurde ausgefüllt durch:

Name/Institution

Postleitzahl, Ort

Strasse, Hausnummer

Telefonnummer

Mobile

E-Mail

6. Zahlungsverbindung

Bankkonto Postkonto

lautend auf

Name/Vorname

IBAN

Name und Adresse der Bank

Beilagen

Beilagen zum Formular

- Kopie eines amtlichen Personalausweises (z. B. Familienbüchlein, Personenstandsausweis oder Familienausweis, Meldebestätigung, Reisepass, Partnerschaftsurkunde), aus dem die Personalien aller in dieser Anmeldung genannten Personen ersichtlich sind
- Für ausländische Staatsangehörige: Kopie Ihres Ausländerausweises
- Eintritts- oder Austrittsbericht bei Heimbewohnern
- Kopie der Ernennungsurkunde Beistandschaft/Vormundschaft
- Kopie Beschreibung der Pflichten und Aufgaben
- Kopie Arztzeugnisse/Arzbericht
- Andere

Ermächtigung zur Erteilung von Auskünften

Mit der Geltendmachung des Leistungsanspruchs und der Unterzeichnung dieses Formulars ermächtigt die versicherte Person oder ihr/e Vertreter/in die in der Anmeldung erwähnten Personen und Stellen, den Organen der Invalidenversicherung alle Auskünfte zu erteilen und alle Unterlagen zur Verfügung zu stellen, die für die Abklärung von Leistungs- und Regressansprüchen erforderlich sind. Diese Personen und Stellen sind zur Auskunft verpflichtet.

Die in der Anmeldung nicht namentlich erwähnten Arbeitgeber, Leistungserbringer nach den Artikeln 36– 40 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG), Versicherungen und Arbeitsstellen sind ermächtigt, den Organen der Invalidenversicherung auf Anfrage alle Auskünfte zu erteilen und alle Unterlagen zur Verfügung zu stellen, die für die Abklärung von Leistungs- und Regressansprüchen erforderlich sind.

Mit der Unterzeichnung dieses Formulars ermächtigt die versicherte Person oder ihre Vertreterin/ihr Vertreter auch Anwälte /Anwältinnen für den Rückgriff auf Dritte Auskunft zu geben. Sämtliche genannten Personen und Behörden werden von der versicherten Person im Rahmen der vorliegenden Ermächtigung gegenüber den Organen der Invalidenversicherung von ihrer auf Amts- oder Berufsgeheimnis beruhenden Schweigepflicht befreit.

Unterschrift/Beilagen

Achtung: Die Anmeldung wird erst mit dem Einreichen der Unterschriftsseite gültig. Für die Anmeldung und die an die Anmeldung geknüpften Rechtswirkungen ist der Zeitpunkt massgebend, in dem diese Unterschriftsseite dem Versicherungsträger oder der Post (Poststempel) übergeben wird.

Der/die Unterzeichnende bestätigt, sämtliche Angaben in diesem Formular und den dazugehörenden Anlagen wahrheitsgetreu und vollständig erteilt zu haben.

Datum

Unterschrift des/der Versicherten oder des Vertreters/der Vertreterin

Adresse des Vertreters/der Vertreterin, sofern der/die Versicherte nicht unterschreiben kann

Bemerkungen