

**Ihre Anmeldung:
Danke für sorgsames Ausfüllen**

Dieser Fragebogen ist für die Anmeldung bestimmt. Wir können Ihren Antrag prüfen, wenn er vollständig und genau ausgefüllt ist. Fragen Sie bei Unklarheiten nach. Wir verlieren wertvolle Zeit, wenn das Anmeldeformular nicht korrekt ausgefüllt ist oder Unterlagen fehlen.

Unsere Empfehlung zum Ausfüllen:

- 1** Lesen Sie den Fragebogen zuerst in Ruhe durch.
- 2** Markieren Sie sich die Fragen, die Ihnen unklar sind.
- 3** Beachten Sie, dass es Antworten gibt, die Sie mit Unterlagen ergänzen müssen.
Stellen Sie diese Unterlagen zusammen, bevor Sie die Anmeldung ausfüllen.

Drei Fragen nach dem Ausfüllen der Anmeldung:

- Sind alle Fragen vollständig beantwortet?
- Ist der Fragebogen unterschrieben?
- Haben Sie alle erforderlichen Unterlagen beigelegt?

Sie können diesen Fragebogen auch auf unserer Website herunterladen.

Wenn Sie bei der Beantwortung Hilfe brauchen, rufen Sie uns einfach an.
Wir geben Ihnen gerne Auskunft.

Wir grüssen Sie freundlich.

Anmeldung für Erwachsene: Hilfsmittel

Welche Hilfsmittel (Prothesen, Rollstuhl usw.) beantragen Sie?

Gewünschte Lieferfirma (bitte Rechnungskopien, Kostenvoranschläge beilegen)

1. Personalien

> 1.1

Familienname (bei Verheirateten oder Verwitweten auch Name als ledige Person)

> 1.2

Vornamen (alle Vornamen, den Rufnamen bitte in Grossbuchstaben)

weiblich

männlich

> 1.3

Geburtsdatum (Tag/Monat/Jahr)

AHV-Nummer

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

> 1.4

Gesetzlicher Wohnsitz mit genauer Adresse

Postleitzahl, Ort

Strasse, Hausnummer

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

Telefonnummer

Mobile

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

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

Name der Institution

Postleitzahl, Ort

Strasse, Hausnummer

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

> 1.5

Besteht eine Vormundschaft?

ja

nein

Beistandschaft?

ja

nein

Wenn ja, Name und Adresse des Vormundes bzw. des Beistandes

Sitz der Vormundschaftsbehörde

> 1.6

Heimat für Schweizer Bürgerinnen und Bürger

Heimatgemeinde/Kanton

Schweizer Bürgerrecht seit

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

Heimat für ausländische Staatsangehörige

Staatsangehörigkeit

Datum der Einreise in die Schweiz

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

Bitte legen Sie dieser Anmeldung eine Kopie der Bestätigung der Vormundschaftsbehörde oder Ernennungsurkunde zur Beistandschaft bei.

> **1.7**

Zivilstand (Zutreffendes ankreuzen bzw. alle Daten genau angeben)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> ledig | <input type="checkbox"/> eingetragene Partnerschaft |
| <input type="checkbox"/> verheiratet | <input type="checkbox"/> durch Tod aufgelöste Partnerschaft |
| <input type="checkbox"/> verwitwet | <input type="checkbox"/> gerichtlich aufgelöste Partnerschaft |
| <input type="checkbox"/> geschieden | <input type="checkbox"/> richterlich getrennte Partnerschaft |
| <input type="checkbox"/> richterlich getrennt | |

seit

2. Allgemeine Angaben

> **2.1**

Hatten Sie Ihren Wohnsitz ausserhalb der Schweiz?

- ja nein

vom (Monat/Jahr)

bis (Monat/Jahr)

in (Staat)

> **2.2**

Haben Sie bereits eine Anmeldung zum Bezug von Leistungen der IV eingereicht?

- ja nein

Wenn ja, bei welcher IV-Stelle?

> **2.3**

Wurden schon Leistungen der AHV oder der Invalidenversicherung (Renten oder andere Leistungen) für Sie erbracht?

- ja nein

Wenn ja, welche?

Wenn ja, bei welcher IV-Stelle oder Ausgleichskasse?

> **2.4**

Sind Sie angemeldet bzw. erhalten Sie Leistungen von (z. B. ärztliche Behandlung, Eingliederungsmassnahmen, Taggeld, Rente, Hilfsmittel)

- einer Krankenkasse?
 der SUVA?
 einer anderen Versicherung im Rahmen der obligatorischen Unfallversicherung?
 der Militärversicherung?

Wenn ja, Name und Adresse der Versicherung (bzw. der zuständigen Agentur)

Referenz (z. B. Unfall-, Schaden-, Krankentaggeld- oder Renten-Nummer)

Bei welcher Krankenkasse sind Sie versichert (Grundversicherung)?

3. Angaben über die jetzige berufliche Tätigkeit

> 3.1

Erwerbstätige

Hauptbeschäftigung (Nebenbeschäftigung siehe Ziffer 4.2)

Art der Beschäftigung Pensum in %

--	--

Name und Adresse des Arbeitgebenden

--

Dauer von bis Bruttoeinkommen CHF (Stunde, Woche, Monat)

--	--	--

> 3.2

Nebenbeschäftigungen

Art der Beschäftigung Pensum in %

--	--

Name und Adresse des Arbeitgebenden

--

Dauer von bis Bruttoeinkommen CHF (Stunde, Woche, Monat)

--	--	--

> 3.3

Nichterwerbstätige

Art der Beschäftigung (Hausfrau/Hausmann, Student/Studentin usw.) Dauer von bis

--	--	--

> 3.4

Arbeitslosigkeit

voll (Arbeitsverhältnis aufgelöst)

Dauer von bis

--	--

Name und Adresse der ALV-Kasse (wenn Arbeitslosenentschädigung bezahlt wurde)

--

Dauer von bis

--	--

Name und Adresse der ALV-Kasse (wenn Arbeitslosenentschädigung bezahlt wurde)

--

teilweise (bei fortdauerndem Arbeitsverhältnis)

in Prozent Dauer von bis

--	--	--

Name und Adresse der ALV-Kasse (wenn Arbeitslosenentschädigung bezahlt wurde)

--

4. Angaben zur gesundheitlichen Beeinträchtigung

> 4.1

Wurde die gesundheitliche Beeinträchtigung herbeigeführt durch

Geburtsgebrechen?

Krankheit?

Unfall?

> 4.2

Nähere Angaben über die Art der gesundheitlichen Beeinträchtigung

> 4.3

Seit wann besteht die gesundheitliche Beeinträchtigung?

> 4.4

Wurde die gesundheitliche Beeinträchtigung ganz oder teilweise durch Einwirkung Dritter (z. B. Autounfall) herbeigeführt?

ja

nein

> 4.5

Wer hat Sie zuletzt ärztlich behandelt bzw. wer hat das beantragte Hilfsmittel verordnet?

Name und Adresse des Hausarztes/der Hausärztin

von

bis

Für welche Leiden?

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

Name und Adresse des Spezialarztes/der Spezialärztin bzw. des Spitals oder Pflegeheims

Fachrichtung

von

bis

Für welche Leiden?

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

> 4.6

Besitzen Sie bereits Hilfsmittel (Prothesen, Rollstuhl usw.)?

ja

nein

Wenn ja, genaue Bezeichnung und seit wann?

5. Zahlungsverbindung

Bankkonto

Postkonto

lautend auf (Name/Vorname)

IBAN

Name und Adresse der Bank

6. Einreichungsstellen für die Anmeldung

Die Anmeldung ist der IV-Stelle des Wohnsitzkantons zuzustellen.

7. 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 diesem Formular nicht namentlich erwähnten Arbeitgeber, Leistungserbringer nach den Artikeln 36–40 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG), Versicherungen und Amtsstellen 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.

8. Unterschrift/Beilagen

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

Datum

Unterschrift des/der Versicherten oder des gesetzlichen Vertreters/der Vertreterin

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

Ihre Beilagen und ergänzende Bemerkungen

Der Anmeldung sind beizulegen:

- **Kopie eines amtlichen Personalausweises** (z. B. Familienbüchlein, Personenstandsausweis oder Familienschein, Schriftenempfangsschein, Reisepass, Partnerschaftsurkunde), aus dem die Personalien ersichtlich sind.
- **Für ausländische Staatsangehörige:** Kopie Ihres Ausländerausweises
- **Gegebenenfalls sind beizulegen:** Bestätigung der Vormundschaftsbehörde oder Ernennungsurkunde zur Beistandschaft, Rechnungskopien, Kostenvoranschläge, Arztzeugnisse