

1. Personalien

1.1 Persönliche Angaben

Name

auch Name als ledige Person

Vornamen

alle Vornamen, Rufnamen bitte in Grossbuchstaben

weiblich männlich

Geburtsdatum

Tag, Monat, Jahr

Versichertennummer

AHV 13-stellig, beginnend mit 756

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

1.3 Beistandschaft und Vorsorgeauftrag

Besteht eine Beistandschaft?

ja nein

Besteht ein Vorsorgeauftrag nach ZGB 360ff?

ja nein

Wenn ja, Name und Adresse des Beistandes/Vertreters

Wenn ja, legen Sie dieser Anmeldung eine Kopie der Ernennungsurkunde zur Beistandschaft oder des Vorsorgeauftrages bei.

Sitz der zuständigen Schutzbehörde

1.4 Staatsangehörigkeit

Schweizer Bürgerinnen und Bürger
Heimatgemeinde/Kanton

Schweizer Bürgerrecht seit

Ausländische Staatsangehörige
Staatsangehörigkeit

Datum der Einreise in die Schweiz

2. Zivilstand

2.1 Aktuelle Situation

Zivilstand

seit

Tag, Monat, Jahr

Personalien der Ehepartnerin/des Ehepartners bzw. der eingetragenen Partnerin/des eingetragenen Partners

Name

auch Name als ledige Person

Vornamen

alle Vornamen, Rufname in Grossbuchstaben

Geburtsdatum

Tag, Monat, Jahr

Versichertennummer

AHV 13-stellig, beginnend mit 756

2.2 Allfällige frühere Ehe(n) oder eingetragene Partnerschaft(en)

Datum der Heirat/Eintragung

Zivilstand

seit

Tag, Monat, Jahr

Personalien der früheren Partnerin/des früheren Partners

Name

auch Name als ledige Person

Vornamen

alle Vornamen, Rufname in Grossbuchstaben

Geburtsdatum

Tag, Monat, Jahr

Versichertennummer

AHV 13-stellig, beginnend mit 756

3. Kinder

Bitte geben Sie uns alle Ihre Kinder an, auch wenn diese bereits volljährig sind.

Name	Vorname	Geburtsdatum	Geschlecht	Allf. Todesdatum	Status
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> m	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> eigenes Kind <input type="checkbox"/> Stiefkind <input type="checkbox"/> Pflegekind
		Tag, Monat, Jahr		Tag, Monat, Jahr	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> m	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> eigenes Kind <input type="checkbox"/> Stiefkind <input type="checkbox"/> Pflegekind
		Tag, Monat, Jahr		Tag, Monat, Jahr	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> m	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> eigenes Kind <input type="checkbox"/> Stiefkind <input type="checkbox"/> Pflegekind
		Tag, Monat, Jahr		Tag, Monat, Jahr	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> m	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> eigenes Kind <input type="checkbox"/> Stiefkind <input type="checkbox"/> Pflegekind
		Tag, Monat, Jahr		Tag, Monat, Jahr	

4. Allgemeine Angaben

4.1 Wohnsitz und Erwerbstätigkeit

Hatten Sie Ihren Wohnsitz jemals ausserhalb der Schweiz oder haben Sie ausserhalb der Schweiz gearbeitet/studiert/Militärdienst geleistet?

ja nein

von	bis	in
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tag, Monat, Jahr	Tag, Monat, Jahr	Staat
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tag, Monat, Jahr	Tag, Monat, Jahr	Staat

Bei verheirateten, verwitweten und geschiedenen Personen bzw. Personen in bestehender, durch Tod oder gerichtlich aufgelöster Partnerschaft: Hatte die Partnerin/der Partner jemals Wohnsitz ausserhalb der Schweiz oder hat er/sie ausserhalb der Schweiz gearbeitet/studiert/Militärdienst geleistet?

ja nein

von	bis	in
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tag, Monat, Jahr	Tag, Monat, Jahr	Staat
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tag, Monat, Jahr	Tag, Monat, Jahr	Staat

4.2 Frühere Anmeldungen

Haben Sie oder Ihr Ehepartner/Ihre Ehepartnerin bzw. Ihr eingetragener Partner/Ihre eingetragene Partnerin 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?

--

4.3 Arbeitsunfähigkeit

von	bis	in %
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tag, Monat, Jahr	Tag, Monat, Jahr	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tag, Monat, Jahr	Tag, Monat, Jahr	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tag, Monat, Jahr	Tag, Monat, Jahr	

4.4 Versicherungen

Sind Sie angemeldet bzw. erhalten Sie Leistungen

einer Krankentaggeldversicherung?

Name und Adresse der Versicherung inkl. Referenznummer

--

der SUVA oder einer anderen Versicherung im Rahmen der obligatorischen Unfallversicherung?

Name und Adresse der Versicherung inkl. Unfall- und/oder Referenznummer

--

der Militärversicherung?

Name und Adresse der Versicherung inkl. Unfallnummer

--

der beruflichen Vorsorge?

Name und Adresse der Vorsorgeeinrichtung

--

der Sozialhilfe?

Name und Adresse der Sozialhilfestelle

--

der Arbeitslosenversicherung oder der regionalen Arbeitsvermittlung (RAV)?

Name und Adresse der Arbeitslosenkasse (wenn Arbeitslosenentschädigung bezahlt wurde) oder des RAV

--

von	bis	in %
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tag, Monat, Jahr	Tag, Monat, Jahr	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tag, Monat, Jahr	Tag, Monat, Jahr	

Bei welcher Vorsorgeeinrichtung der 2. Säule (Pensionskasse) waren Sie bei Eintritt der Arbeitsunfähigkeit bzw. zuletzt versichert?

Name und Adresse der Vorsorgeeinrichtung

5. Angaben zu Bildung, Beruf und bisheriger Tätigkeit

5.1 Muttersprache

5.2 Besuchte Schulen

5.3 Erlerner Beruf

Art der Berufsausbildung

von

bis

Ausweis

Studium, Lehre, Anlehre im Betrieb
usw. Tag, Monat, Jahr

Tag, Monat, Jahr

Fähigkeitszeugnis/Diplom usw.

Name und Adresse des Lehrbetriebes

Art der Berufsausbildung

von

bis

Ausweis

Studium, Lehre, Anlehre im Betrieb
usw. Tag, Monat, Jahr

Tag, Monat, Jahr

Fähigkeitszeugnis/Diplom usw.

Name und Adresse des Lehrbetriebes

5.4 Erwerbstätige und Personen mit Nebenbeschäftigungen

Aktuelle/letzte Haupt-, Teil- oder Nebenbeschäftigung

Art der Beschäftigung	Pensum in %	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
von	bis	Bruttoeinkommen CHF
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tag, Monat, Jahr	Tag, Monat, Jahr	Stunde, Woche, Monat
Name und Adresse des Arbeitgebenden		
<input type="text"/>		

Art der Beschäftigung	Pensum in %	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
von	bis	Bruttoeinkommen CHF
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tag, Monat, Jahr	Tag, Monat, Jahr	Stunde, Woche, Monat
Name und Adresse des Arbeitgebenden		
<input type="text"/>		

5.5 Nichterwerbstätige

Art der Beschäftigung	von	bis
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Hausfrau/Hausmann, Studentin/Student usw.	Tag, Monat, Jahr	Tag, Monat, Jahr
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Hausfrau/Hausmann, Studentin/Student usw.	Tag, Monat, Jahr	Tag, Monat, Jahr

6. Angaben zur gesundheitlichen Beeinträchtigung

6.1 Nähere Angaben zur Art der gesundheitlichen Beeinträchtigung

Seit wann besteht die gesundheitliche Beeinträchtigung?

6.2 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

6.3 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

Tag, Monat, Jahr

Tag, Monat, Jahr

Name und Adresse

Fachrichtung

Für welche Leiden?

In Behandlung von

In Behandlung bis

Tag, Monat, Jahr

Tag, Monat, Jahr

7. Zahlungsverbindung

Bankkonto Postkonto

lautend auf

Name/Vorname

IBAN

Name und Adresse der Bank

8. 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.

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.

Diese Ermächtigung berechtigt die IV-Stelle, die für die Eingliederung infrage kommenden Stellen (behandelnde Ärzte, Arbeitgebende, Institutionen) zu informieren.

9. Mitwirkungspflicht

Die versicherte Person verpflichtet sich, alles ihr Zumutbare zu unternehmen, um die Dauer und das Ausmass der Arbeitsunfähigkeit zu verringern und den Eintritt einer Invalidität zu verhindern.

Im Weiteren nimmt sie zur Kenntnis, dass sie an allen zumutbaren Massnahmen aktiv teilnehmen muss.

10. Unterschrift/Beilagen

Der/die Unterzeichnete bestätigt, dass sämtliche Angaben in diesem Formular und den dazugehörenden Beilagen wahrheitsgetreu und vollständig sind.

Datum

Unterschrift des/der Versicherten oder des Vertreters/der Vertreterin

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

Bemerkungen

Der Anmeldung sind beizulegen:

- Sämtliche Versicherungsausweise der AHV/IV der leistungsberechtigten Personen in Kopie
- Kopie eines amtlichen Personalausweises (z. B. Familienbüchlein, Personenstandsausweis oder Familienschein, Schriftenempfangsschein, Reisepass, Partnerschaftsurkunde), aus dem die Personalien aller in dieser Anmeldung genannten Personen ersichtlich sind
- Für ausländische Staatsangehörige: Kopie Ihres Ausländerausweises

Gegebenenfalls sind beizulegen:

- Ausbildungsbescheinigungen und Belege von Lehrbetrieben, Hochschulen und Arbeitgebenden, Arztzeugnisse, Kopie des Scheidungs- oder Trennungsurteils, inkl. Rechtskraftbescheinigung oder der gerichtlich genehmigten Scheidungs- oder Trennungskonvention bzw. analoger Dokumente bei eingetragenen Partnerschaften, Kopien der Geburtsurkunde der Kinder, Lebensbescheinigung, Todesschein, Ernennungsurkunde zur Beistandschaft, Vorsorgeauftrag

Bitte heften Sie die Dokumente nicht zusammen

11. Einreichungsstelle

Die Anmeldung ist der IV-Stelle des Wohnsitzkantons zuzustellen.