

1. Personalien

1.1 Persönliche Angaben

Name

auch Name als ledige Person

Vornamen

alle Vornamen, den Rufnamen bitte in Grossbuchstaben

weiblich männlich

Geburtsdatum

Tag/Monat/Jahr

Versichertennummer

AHV 13-stellig, beginnend mit 756

Zivilstand

seit

Tag/Monat/Jahr

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

Tag/Monat/Jahr

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. 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?

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 Sorgfaltpflichtverletzung, 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

Tag/Monat/Jahr

In Behandlung bis

Tag/Monat/Jahr

Name und Adresse

Fachrichtung

Für welche Leiden?

In Behandlung von

Tag/Monat/Jahr

In Behandlung bis

Tag/Monat/Jahr

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, Ordnen der Kleider, 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

Müssen Sie überwacht werden?

ja nein

Wenn ja, in welcher Form und in welchen Bereichen?

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, seit wann und in welcher Form?

Brauchen Sie für Erledigungen und Kontakte ausserhalb Ihrer Wohnung Begleitung?

ja nein

Wenn ja, seit wann und in welcher Form?

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

ja nein

Wenn ja, seit wann und in welcher Form?

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

Tag/Monat/Jahr

5.4 Formular ausgefüllt

Dieses Formular wurde ausgefüllt durch:

Name/Institution

Postleitzahl, Ort

Strasse, Hausnummer

Telefonnummer

Mobile

6. Zahlungsverbindung

Bankkonto Postkonto

lautend auf

Name/Vorname

IBAN

CH

Name und Adresse der Bank

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 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.

8. Unterschrift/Beilagen

Der/die Unterzeichnete bestätigt, sämtliche Angaben in diesem Formular und den dazugehörigen 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

Der Anmeldung sind beizulegen:

- Kopie eines amtlichen Personalausweises (z. B. Familienbüchlein, Personenstandsausweis oder Familienschein, Schriftenempfangsschein, Reisepass), aus dem die Personalien ersichtlich sind
- Für ausländische Staatsangehörige: Kopie Ihres Ausländerausweises

Gegebenenfalls sind beizulegen:

- Ernennungsurkunde zur Beistandschaft, Vorsorgeauftrag, Eintritts- oder Austrittsbericht bei Heimbewohnern, Arztzeugnisse

Bitte heften Sie die Dokumente nicht zusammen

9. Einreichungsstelle

Die Anmeldung ist der IV-Stelle des Wohnsitzkantons zuzustellen.