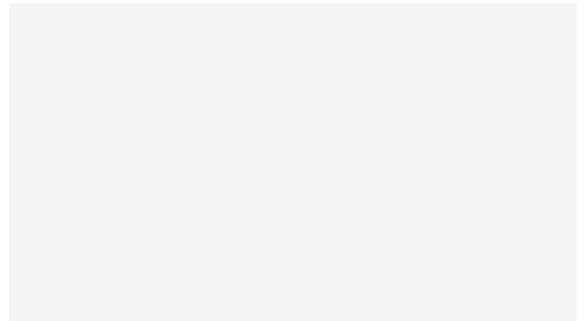
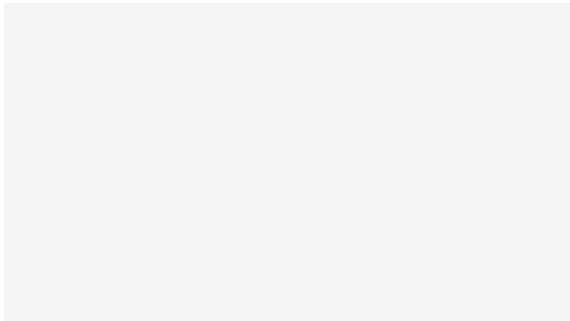


Anmeldung für Erwachsene: Hilfsmittel der IV

Kanton auswählen



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.

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 der IV

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)

Geschlecht

> 1.3

Geburtsdatum (Tag/Monat/Jahr)

Versichertennummer (AHV 13-stellig, beginnend mit 756)

> 1.4

Gesetzlicher Wohnsitz mit genauer Adresse

Postleitzahl, Ort

Strasse, Hausnummer

Telefonnummer

Mobile

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

Name der Institution

Postleitzahl, Ort

Strasse, Hausnummer

> 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

Heimat für ausländische Staatsangehörige
Staatsangehörigkeit

Datum der Einreise in die Schweiz

> **1.7**

Zivilstand (Zutreffendes ankreuzen bzw. alle Daten genau angeben)

ledig

verheiratet

verwitwet

geschieden

richterlich getrennt

eingetragene Partnerschaft

durch Tod aufgelöste Partnerschaft

gerichtlich aufgelöste Partnerschaft

richterlich getrennte Partnerschaft

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?

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

Fachrichtung

von bis Für welche Leiden?



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

Einreichungsstellen für die Anmeldung

6. 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 dazugehörigen Anlagen wahrheitsgetreu und vollständig erteilt zu haben.

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