



1. Gesuch

1.1 Erstmaliges Gesuch

Für welches Hilfsmittel beantragen Sie einen Kostenbeitrag der AHV?

- Hörgerät/e
- Knochenverankerte/s Hörgerät/e
- Rollstuhl (Pauschalbetrag)
- Orthopädische Mass-Schuhe oder
- Orthopädische Serienschuhe
- Perücke
- Lupenbrille oder
- Lesegerät/Bildschirm-Lesegerät
- Sprechhilfegerät
- Gesichtsepithese

1.2 Gesuch um Erneuerung eines Hilfsmittels

Welches Hilfsmittel muss erneuert werden?

Wann wurden für dieses Hilfsmittel letztmals Leistungen zugesprochen?

TT, MM, JJJJ

Durch welche Stelle?

2. Personalien

In welchem Land ist Ihr Wohnsitz?

2.1 Persönliche Angaben

Name

auch Name als ledige Person

Vornamen

alle Vornamen, den Rufnamen bitte in Grossbuchstaben

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

2.2 Gesetzlicher Wohnsitz mit genauer Adresse

Gesetzlicher Wohnsitz mit genauer Adresse (bei Aufenthalt in einer Institution bitte deren Namen angeben)

Name der Institution

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

2.3 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.

2.4 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

2.5 Wer hat das Formular ausgefüllt?

E-Mail

3. Allgemeine Angaben

3.1 Ergänzungsleistungen

Beziehen Sie Ergänzungsleistungen?

ja nein

Wenn ja, durch welche Stelle werden sie ausbezahlt?

Postleitzahl, Ort

Strasse, Hausnummer

3.2 Krankenkasse

Bei welcher Krankenkasse ist die versicherte Person versichert (Grundversicherung)?

Name und Adresse

4. Angaben zum Hilfsmittel

4.1 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

4.2 Ärztliche Verordnung

Ist das beantragte Hilfsmittel durch einen Spezialarzt/eine Spezialärztin verordnet worden?

ja nein

Wenn ja, führen Sie bitte Name und Adresse Ihres Spezialarztes/Ihrer Spezialärztin auf.

Wenn nein, geben Sie bitte Name und Adresse Ihres Hausarztes/Ihrer Hausärztin an.

Name

Postleitzahl, Ort

Strasse, Hausnummer

4.3 Lieferfirma

(bitte Rechnungskopien, Kostenvoranschläge beilegen)

Firma

Postleitzahl, Ort

Strasse, Hausnummer

Telefonnummer

5. Zahlungsverbindung

Bankkonto Postkonto

lautend auf (Name/Vorname)

IBAN

Name und Adresse der Bank

Beilagen

Untenstehend sind alle Dokumente aufgeführt, welche Sie einreichen müssen. Sie können diese Dokumente online hochladen oder per Post schicken.

Online-Upload:

- Formate: jpg, png oder pdf
- maximale Grösse pro Dokument: 3 Megabyte (MB)

Postversand:

Reichen Sie die Dokumente/Beilagen (z. B. Vollmacht) zusammen mit dem Unterschriftenblatt ein. Das Vorgehen wird Ihnen angezeigt, wenn Sie das Formular elektronisch übermitteln.

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
- Kopie der Ernennungsurkunde Beistandschaft/Vormundschaft
- Kopie Beschreibung der Pflichten und Aufgaben
- Kopie Arztzeugnisse/Arzbericht
- Kostenvoranschläge
- Rechnungskopien
- 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 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.

Mitwirkungspflicht

Es wird von den Beteiligten erwartet, dass alles Zumutbare unternommen wird, um den Eintritt einer Invalidität zu verhindern.

Unterschrift

Drucken Sie das Unterschriftendokument aus und unterzeichnen Sie es. Senden Sie das vollständige Unterschriftendokument per Post an die zuständige IV-Stelle. Legen Sie die Dokumente/Beilagen bei, bei denen Sie «per Post» angewählt haben.

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

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

Datum

TT, MM, JJJJ

Unterschrift des/der Versicherten oder des Vertreters/der Vertreterin

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

Bemerkungen

Bitte heften Sie die Dokumente nicht zusammen