



1. Hilfsmittel

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

Gewünschte Lieferfirma (bitte Rechnungskopien, Kostenvoranschläge beilegen)

Firma

Strasse

Hausnummer

PLZ

Ort

2. Personalien

In welchem Land ist Ihr Wohnsitz?

Sind Sie als Grenzgänger tätig?

☐ ja ☐ nein

Ist Ihr gewöhnlicher Aufenthalt in der Schweiz?

☐ ja ☐ nein

In welchem Kanton ist Ihr gewöhnlicher Aufenthalt?

Sind Sie der freiwilligen Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung unterstellt?

☐ ja ☐ nein

2.1 Persönliche Angaben

Name

Vornamen

alle Vornamen, den Rufnamen bitte in Grossbuchstaben

Geschlecht

☐ weiblich ☐ männlich

Geburtsdatum

TT, MM, JJJJ

AHV-Nummer

756

13-stellig. Die AHV-Nummer finden Sie auch auf Ihrer schweizerischen Krankenversicherungskarte.

Zivilstand

seit

TT, MM, JJJJ

2.2 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	
Strasse	Hausnummer
Postleitzahl	Ort

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.

Strasse	Hausnummer

PLZ	Ort

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?

- ☐ Die versicherte Person
☐ Eine Drittperson

Name, Vorname	E-Mail

In welcher Beziehung steht die Drittperson zu der versicherten Person (z. B. Eltern, Kind, Beistand, Hausarzt)?

Die versicherte Person hat der Einreichung dieses Antrags zugestimmt.

☐ ja ☐ nein

3. Allgemeine Angaben

3.1 Wohnsitz und Erwerbstätigkeit

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

☐ ja ☐ nein

von
MM, JJJJ

bis
MM, JJJJ

in
Staat

3.2 Frühere Anmeldungen

Wurde für die versicherte Person bereits einmal eine Anmeldung zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung eingereicht?

☐ ja ☐ nein

Wenn ja, für welche Leistung und bei welcher IV-Stelle?

3.3 Versicherungen

Sind Sie angemeldet bzw. erhalten Sie Leistungen von

z. B. ärztliche Behandlung, Eingliederungsmassnahmen, Taggeld, Rente, Hilfsmittel

☐ einer Krankenkasse?

Name und Adresse der Versicherung (bzw. der zuständigen Agentur) inkl. Referenznummer

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

Name und Adresse der Versicherung (bzw. der zuständigen Agentur) inkl. Referenznummer

☐ der Militärversicherung?

Name und Adresse der Versicherung (bzw. der zuständigen Agentur) inkl. Referenznummer

3.4 Krankenkasse

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

Name und Adresse

4. Angaben über die jetzige berufliche Tätigkeit

4.1 Erwerbstätige und Personen mit Nebenbeschäftigungen

Aktuelle/letzte Haupt-, Teil- oder Nebenbeschäftigung

Berufsbezeichnung/Funktion

Pensum in %

von

bis

TT, MM, JJJJ

TT, MM, JJJJ

Bruttoeinkommen

pro

☐ Stunde ☐ Tag ☐ Woche ☐ Monat ☐ Jahr

Name und Adresse des Arbeitgebenden

Berufsbezeichnung/Funktion

Pensum in %

von

bis

TT, MM, JJJJ

TT, MM, JJJJ

Bruttoeinkommen

pro

☐ Stunde ☐ Tag ☐ Woche ☐ Monat ☐ Jahr

Name und Adresse des Arbeitgebenden

4.2 Nichterwerbstätige

Art der Beschäftigung

von

bis

Hausfrau/Hausmann, Student/Studentin usw.

TT, MM, JJJJ

TT, MM, JJJJ

4.3 Arbeitslosigkeit

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

von

bis

in %

TT, MM, JJJJ

TT, MM, JJJJ

von

bis

in %

TT, MM, JJJJ

TT, MM, JJJJ

5. Angaben zur gesundheitlichen Beeinträchtigung

5.1 Nähere Angaben zur Art der gesundheitlichen Beeinträchtigung

Seit wann besteht die gesundheitliche Beeinträchtigung?

MM, JJJJ

5.2 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

5.3 Arzt, Spital oder Pflegeheim

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

Name

Strasse

Hausnummer

Postleitzahl

Ort

Fachrichtung

Für welche Leiden?

In Behandlung von

In Behandlung bis

TT, MM, JJJJ

TT, MM, JJJJ

Name

Strasse

Hausnummer

Postleitzahl

Ort

Fachrichtung

Für welche Leiden?

In Behandlung von

In Behandlung bis

TT, MM, JJJJ

TT, MM, JJJJ

5.4 Hilfsmittel

Besitzen Sie bereits Hilfsmittel (z. B. Prothesen, Rollstuhl)?

☐ ja ☐ nein

Wenn ja, welche (genaue Bezeichnung)

seit

TT, MM, JJJJ

6. Zahlungsverbindung

☐ Bankkonto ☐ Postkonto

lautend auf

IBAN

Name und Adresse der Bank

Ermächtigung zur Erteilung von Auskünften

Mit der Geltendmachung des Leistungsanspruchs 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 verpflichtet, 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. Sie werden über den Kontakt zu diesen Personen und Stellen in Kenntnis gesetzt.

Mit der Geltendmachung des Leistungsanspruchs 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.

Wahrheitsgetreue und vollständige Angaben

- ☐ Mit dem Versand dieses Formulars, bestätigt die Person, die die Anmeldung ausgefüllt hat, dass sämtliche Angaben und die dazugehörenden Beilagen wahrheitsgetreu und vollständig sind.

Datum

Bemerkungen

Beilagen

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
- ☐ Für ausländische Staatsangehörige: Kopie Ihres Ausländerausweises
- ☐ Kopie der Ernennungsurkunde Beistandschaft/Vormundschaft
- ☐ Kopie Beschreibung der Pflichten und Aufgabe des Beistandes
- ☐ Kopie Arztzeugnisse/Arztbericht
- ☐ Kostenvoranschläge
- ☐ Rechnungskopien
- ☐ Andere