

## 1. Personalien

### 1.1 Persönliche Angaben

Name

auch Name als ledige Person

Vornamen

alle Vornamen, den Rufnamen bitte in Grossbuchstaben

weiblich  männlich

Geburtsdatum

TT, MM, JJJJ

Versichertennummer

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

Zivilstand

seit

TT, MM, JJJJ

### 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

Besteht eine Beistandschaft?

ja  nein

Besteht eine Vormundschaft?

ja  nein

Wenn ja, Name und Adresse des Beistandes bzw. Vormundes

Legen Sie dieser Anmeldung eine Kopie der Ernennungsurkunde zur Beistandschaft/Vormundschaft und die Beschreibung der Pflichten und Aufgaben bei.

## 1.4 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. Personalien der Eltern

---

### 2.1 Mutter

#### 2.1.1 Persönliche Angaben

Name

auch Name als ledige Person

Vornamen

alle Vornamen, den Rufnamen bitte in Grossbuchstaben

Geburtsdatum

TT, MM, JJJJ

Versichertennummer

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

Zivilstand

allfälliges Todesdatum

TT, MM, JJJJ

#### 2.1.2 Gesetzlicher Wohnsitz mit genauer Adresse

Postleitzahl, Ort

Strasse, Hausnummer

Telefonnummer

E-Mail

#### 2.1.3 Staatsangehörigkeit

Heimat für Schweizer Bürgerinnen  
Heimatgemeinde/Kanton

Schweizer Bürgerrecht seit

TT, MM, JJJJ

Heimat für ausländische Staatsangehörige  
Staatsangehörigkeit

Datum der Einreise in die Schweiz

TT, MM, JJJJ

## 2.2 Vater

### 2.2.1 Persönliche Angaben

Name

auch Name als ledige Person

Vornamen

alle Vornamen, den Rufnamen bitte in Grossbuchstaben

Geburtsdatum

TT, MM, JJJJ

Versichertennummer

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

Zivilstand

allfälliges Todesdatum

TT, MM, JJJJ

### 2.2.2 Gesetzlicher Wohnsitz mit genauer Adresse

Postleitzahl, Ort

Strasse, Hausnummer

Telefonnummer

E-Mail

### 2.2.3 Staatsangehörigkeit

Heimat für Schweizer Bürgerinnen

Heimatgemeinde/Kanton

Schweizer Bürgerrecht seit

TT, MM, JJJJ

Heimat für ausländische Staatsangehörige

Staatsangehörigkeit

Datum der Einreise in die Schweiz

TT, MM, JJJJ

## 2.3 Sorgerecht

Bei getrennt lebenden oder geschiedenen Eltern: Wem steht das elterliche Sorgerecht zu?

Bitte legen Sie eine Kopie der Sorgerechtsregelung bei.

gemeinsam  Mutter  Vater

Bei unverheirateten Eltern oder bei gemeinsamem Sorgerecht: Wer soll als Korrespondenzempfänger vermerkt werden?

Mutter  Vater

## 3. Allgemeine Angaben

### 3.1 Frühere Anmeldungen

Wurde für Ihr Kind bereits einmal eine Anmeldung zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung eingereicht?

ja  nein

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

#### 4. Angaben zur gesundheitlichen Beeinträchtigung

##### 4.1 Nähere Angaben zur Art der gesundheitlichen Beeinträchtigung

Seit wann besteht die gesundheitliche Beeinträchtigung?

##### 4.2 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

##### 4.3 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

TT, MM, JJJJ

TT, MM, JJJJ

Name und Adresse

Fachrichtung

Für welche Leiden?

In Behandlung von

In Behandlung bis

TT, MM, JJJJ

TT, MM, JJJJ

## 5. Angaben zur Hilflosigkeit

### 5.1 Alltägliche Lebensverrichtungen

Ist Ihr Kind bei den folgenden alltäglichen Verrichtungen wegen 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)
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

#### Aufstehen/Absitzen/Abliegen

ja  nein

seit (Monat/Jahr)	Art und Häufigkeit der Hilfe (genaue Beschreibung)
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

#### Essen (Nahrung zerkleinern/Nahrung zum Mund führen)

ja  nein

seit (Monat/Jahr)	Art und Häufigkeit der Hilfe (genaue Beschreibung)
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

#### Körperpflege (Waschen, Kämmen, Rasieren, Baden/Duschen)

ja  nein

seit (Monat/Jahr)	Art und Häufigkeit der Hilfe (genaue Beschreibung)
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

**Verrichten der Notdurft** (Reinigung nach Toilettengang, Ordnen der Kleider nach Toilettengang, 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)

## 5.2 Hilfeleistung

Von wem wurde/wird die Hilfe geleistet (vor bzw. nach Spital- oder Heimeintritt)?

Name/Institution

Postleitzahl, Ort

Strasse, Hausnummer

## 5.3 Dauernde Hilfe

Benötigt Ihr Kind medizinisch-pflegerische Hilfe (beispielsweise tägliches 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?

MM, JJJJ

#### 5.4 Persönliche Überwachung

Muss Ihr Kind überwacht werden?

ja  nein

Wenn ja, in welcher Form und in welchen Bereichen?

Seit wann besteht die Pflegebedürftigkeit in diesem Umfang?

MM, JJJJ

Wer besorgt die Überwachung?

Name/Institution

Postleitzahl, Ort

Strasse, Hausnummer

#### 5.5 Hilfsmittel

Sind Hilfsmittel vorhanden?

ja  nein

Wenn ja, welche?

#### 6. Zahlungsverbindung

Bankkonto  Postkonto

lautend auf

Name/Vorname

IBAN

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 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.

## 8. Unterschrift/Beilagen

---

Der/die Unterzeichnende bestätigt, sämtliche Angaben in diesem Formular und den dazugehörenden Anlagen wahrheitsgetreu und vollständig erteilt zu haben.

Datum

Unterschrift des gesetzlichen Vertreters/der Vertreterin der versicherten Person

Bemerkungen

### Der Anmeldung sind beizulegen:

- Kopie eines amtlichen Personalausweises (z. B. Geburtsschein, Familienbüchlein, Meldebestätigung), aus dem die Personalien aller in dieser Anmeldung genannten Personen ersichtlich sind
- Für ausländische Staatsangehörige: Kopien des Ausländerausweises der versicherten Person sowie der Eltern

### Gegebenenfalls sind beizulegen:

- Ernennungsurkunde und die Beschreibung der Pflichten und Aufgaben zur Beistandschaft/Vormundschaft, Eintritts- oder Austrittsbericht bei Heimbewohnern, Arztzeugnisse, Sorgerechtsregelung

**Bitte heften Sie die Dokumente nicht zusammen**



## 9. Einreichungsstelle

---

Die Anmeldung ist der IV-Stelle des Wohnsitzkantons zuzustellen.