

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.

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

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.

1.4 Krankenkasse

Bei welcher Krankenkasse sind Sie versichert (Grundversicherung)?

1.5 Wohnsituation

Wie wohnen Sie?

- alleine
 mit Eltern
 mit (Ehe)partner/in

mit Kindern? Anzahl?

mit anderen Personen? Mit wem?

in einem Heim? Datum des Heimeintritts

Beabsichtigen Sie, mit dem Assistenzbeitrag Ihre Wohnform zu ändern resp. das Heim zu verlassen?

- ja nein

Haben Sie konkrete Vorstellungen wann?

2. Angaben zur gesundheitlichen Beeinträchtigung

2.1 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

3. Angaben zur Arbeits- und Beschäftigungssituation

3.1 Erwerbstätigkeit

Sind Sie erwerbstätig?

ja nein Ich möchte dies mit dem Assistenzbeitrag realisieren

Wenn ja, Name und Adresse des Arbeitgebenden

Bruttoeinkommen CHF (Stunde, Woche, Monat)

Pensum in %

3.2 Ausbildung

Sind Sie in Ausbildung?

ja nein Ich möchte dies mit dem Assistenzbeitrag realisieren

Wenn ja, Art der Ausbildung und Namen der Ausbildungsstätte?

Pensum in %?

4. Zahlungsverbindung

Bankkonto Postkonto

lautend auf

Name/Vorname

IBAN

Name und Adresse der Bank

5. 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.

6. Unterschrift/Beilagen

Der/die Unterzeichnende bestätigt, sämtliche Angaben in diesem Formular und den dazugehörenden 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 gegebenenfalls beizulegen:

- Ernennungsurkunde und die Beschreibung der Pflichten und Aufgaben zur Beistandschaft
- Heimaustrittsbestätigung

Bei Selbständigerwerbenden:

- letzte Verfügung der Ausgleichskasse betreffend das Einkommen aus selbständiger Tätigkeit

Bitte heften Sie die Dokumente nicht zusammen

7. Einreichungsstelle

Die Anmeldung ist der IV-Stelle des Wohnsitzkantons zuzustellen.