



Leer lassen

Eingangsstempel der Einreichungsstelle mit Datum und allenfalls Angabe der Stelle, an welche die Anmeldung weitergeleitet wurde

# Anmeldung und Fragebogen für eine Hilflosenentschädigung der IV oder AHV

Bei Auswahlfragen das Zutreffende ankreuzen

Einreichungsort für eine Hilflosenentschädigung der AHV: AHV-Ausgleichskasse, welche die Rente auszahlt.

Einreichungsort für eine Hilflosenentschädigung der IV: IV-Stelle oder AHV-Ausgleichskasse (Adresse auf den letzten Seiten des Telefonbuches).

## 1. Personalien und allgemeine Angaben

### 1.1 Personalien des/der Versicherten

Familienname

Alle Vornamen; den Rufnamen unterstreichen

weiblich

männlich

Vornamen

Geburtsdatum

Zivilstand

Heimatort (bei Ausländer/innen Staatsangehörigkeit)

PLZ, Wohnort und Adresse (bei Spital- oder Heimaufenthalt Spital- resp. Heimadresse)

Tel.-Nr.

Datum des Spitaleintritts

Datum des Heimeintritts

Zivilrechtlicher Wohnsitz (bei Aufenthalt in Spital oder Heim)

Aufenthalt in der Schweiz seit (Tag, Monat, Jahr)

Nur von Ausländern/Ausländerinnen zu beantworten

Besteht Vormundschaft? ja  nein  ; Beistandschaft? ja  nein

Wenn ja, Name und Adresse des Vormundes bzw. des Beistandes

Wenn ja, Sitz der Vormundschaftsbehörde

### 1.2 Name und Adresse des Arztes/der Ärztin (zuletzt behandelnd), des Spitals oder Heims

### 1.3 Auszufüllen bei Begehren um eine Hilflosenentschädigung der AHV

#### 1.3.1 Welche Ausgleichskasse zahlt die Altersrente?

1.3.2 Wird schon eine Hilflosenentschädigung bezogen?

ja

nein

### 1.4 Auszufüllen bei Begehren um eine Hilflosenentschädigung der IV

1.4.1 Werden schon Leistungen der IV erbracht?

ja

nein

Wenn ja, welche?

1.4.2 Für Volljährige: Welche Ausgleichskasse erbringt die Leistungen?

1.4.3 Für Volljährige: Welche Ausgleichskasse erhebt die AHV/IV/EO-Beiträge? (nur ausfüllen, wenn 1.4.1 verneint)

Personalien geprüft, Angabe der geprüften Unterlagen, Visum der prüfenden Person

Prüfung betreffend Regress gemäss Ziffern 1.5 und 1.5.1 vorgenommen, Ergänzungsblatt R verlangt:

ja  nein

Visum der prüfenden Person

|   |   |   |  |                                 |
|---|---|---|--|---------------------------------|
| 1.5   | Worauf ist die Hilflosigkeit zurückzuführen?  | Geburtsgebrechen <input type="checkbox"/> | Krankheit <input type="checkbox"/>     | Unfall <input type="checkbox"/> |
| 1.5.1   | Wurde die Hilflosigkeit ganz oder teilweise durch eine Drittperson herbeigeführt?   | ja <input type="checkbox"/>               | nein <input type="checkbox"/>          |                                 |
| 1.5.2   | War der/die Versicherte im Zeitpunkt des Unfalls obligatorisch gegen Unfall versichert?   | ja <input type="checkbox"/>               | nein <input type="checkbox"/>          |                                 |
| <u>Wenn ja, Name und Adresse der Versicherung (bzw. der zuständigen Agentur):</u> |   |   |  |                                 |
| _____   |   |   |  |                                 |
| _____   |   |   |  |                                 |
| 1.6   | Auszufüllen bei Begehren um eine Hilflosenentschädigung der IV und einem Bedarf an lebenspraktischer Begleitung aufgrund einer psychischen Behinderung: |   |  |                                 |
| 1.6.1   | Hat sich bereits ein spezialisierter Dienst mit dem/der Versicherten befasst (z.B. sozialpsychiatrischer Dienst, Beratungsstelle, usw.)?                |   |  |                                 |
|   | ja <input type="checkbox"/>   | nein <input type="checkbox"/>             | Wenn ja, Name und Adresse des Dienstes |                                 |
| _____   |   |   |  |                                 |
| _____   |   |   |  |                                 |

## 2. Erläuterungen zum Begriff der Hilflosigkeit und zum Intensivpflegezuschlag

Eine **Hilflosigkeit** kann vorliegen, wenn die versicherte Person

- a) in alltäglichen Lebensverrichtungen (An- und Auskleiden, Essen, Körperpflege, usw.) regelmässig in erheblicher Weise auf die Hilfe Dritter angewiesen ist; die meisten Lebensverrichtungen umfassen mehrere Teilfunktionen (z.B. Körperpflege: Waschen, Kämmen, Baden, Rasieren). Die Hilfe gilt bei einer einzelnen Lebensverrichtung als erheblich, wenn die versicherte Person mindestens eine solche Teilfunktion nicht mehr, nur mit unzumutbarem Aufwand oder nur auf nichtübliche Art und Weise selbst ausüben kann (direkte Hilfe) oder wegen ihres geistigen oder psychischen Zustandes ohne besondere Aufforderung nicht vornehmen würde (indirekte Hilfe).
- b) einer durch das Gebrechen bedingten dauernden und besonders aufwendigen Pflege bedarf; unter dauernder Pflege ist eine medizinische oder pflegerische Hilfeleistung zu verstehen, welche nicht nur vorübergehend, sondern während längerer Zeit erbracht werden muss.
- c) einer dauernden persönlichen Überwachung bedarf; eine dauernde Überwachungsbedürftigkeit liegt beispielsweise vor, wenn eine versicherte Person über eine längere Zeitdauer - also nicht nur vorübergehend z.B. infolge einer interkurrenten Krankheit - nicht während des ganzen Tages allein gelassen werden kann (z.B. wegen Verwirrung).
- d) wegen einer schweren Sinnesschädigung oder eines schweren körperlichen Gebrechens nur mit regelmässigen und erheblichen Dienstleistungen Dritter in der Lage ist, gesellschaftliche Kontakte (Lektüre, Korrespondenz, Besuch von Bekannten, Konzerten, anderen Anlässen usw.) zu pflegen.
- e) volljährig ist, nicht in einem Heim wohnt und dauernd und regelmässig auf lebenspraktische Begleitung angewiesen ist; ein Bedarf an lebenspraktischer Begleitung liegt vor, wenn die versicherte Person wegen ihrer gesundheitlichen Beeinträchtigung
  - entweder ohne Begleitung einer Drittperson (z.B. Hilfe bei der Tagesstrukturierung, Unterstützung bei der Bewältigung von Alltagssituationen, Anleitung zur Erledigung des Haushalts sowie Überwachung/Kontrolle) nicht selbstständig wohnen kann oder
  - für Verrichtungen und Kontakte ausserhalb der Wohnung (z.B. Einkaufen, Freizeitaktivitäten, Kontakte mit Arbeitsstellen oder Medizinalpersonen, Coiffeurbesuch usw.) auf (tatsächliche) Begleitung einer Drittperson angewiesen ist oder
  - ernsthaft gefährdet ist, sich dauernd von der Aussenwelt zu isolieren (die Isolation und die damit verbundene Verschlechterung des Gesundheitszustandes müssen sich bereits manifestiert haben).

Die lebenspraktische Begleitung ist regelmässig, wenn sie über eine Periode von drei Monaten gerechnet im Durchschnitt mindestens zwei Stunden pro Woche benötigt wird. Ist ausschliesslich die psychische Gesundheit beeinträchtigt, so muss für die Annahme einer Hilflosigkeit gleichzeitig ein Anspruch auf mindestens eine Viertelsrente bestehen.

Der Anspruch aufgrund lebenspraktischer Begleitung besteht ab 18 Jahren bis zum Eintritt ins AHV-Rentenalter.

Der Anspruch auf eine Hilflosenentschädigung entsteht in der Regel erst, wenn die Hilflosigkeit ununterbrochen *mindestens 1 Jahr gedauert hat*.

Hilflose Minderjährige, die sich zu Hause aufhalten und auf eine intensive Betreuung angewiesen sind, haben zusätzlich zur Hilflosenentschädigung Anspruch auf einen **Intensivpflegezuschlag**. Eine intensive Betreuung liegt vor, wenn gesundheitsbedingt eine Betreuung von durchschnittlich mindestens vier Stunden pro Tag benötigt wird. Zu berücksichtigen ist der Mehrbedarf an Pflege im Vergleich zu gleichaltrigen, nicht behinderten Minderjährigen.

**3. Angaben über die Hilflosigkeit** (Bitte alle Fragen genau beantworten)

3.1 Bedarf die versicherte Person wegen ihrer Hilflosigkeit und trotz Verwendung von Hilfsmitteln regelmässig in erheblicher Weise der Hilfe Dritter für die folgenden alltäglichen Lebensverrichtungen?

|   | Bedarf der regelmässigen und erheblichen Hilfe (direkt oder indirekt) |                          | seit (Monat und Jahr) (genaue Angaben) | Art der Hilfe (genaue Beschreibung) |
|---|---|--------------------------|--|-------------------------------------|
|   | ja  | nein                     |  |                                     |
| 3.1.1 An-/Auskleiden  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | _____                                  | _____                               |
| 3.1.2 Aufstehen/Absitzen/Abliegen   | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | _____                                  | _____                               |
| 3.1.3 Essen (normal zubereitete Mahlzeiten)   |   |                          |  |                                     |
| – Nahrung ans Bett bringen<br><small>(weil der/die Versicherte aus gesundheitlichen Gründen nicht am Tisch essen kann)</small>        | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | _____                                  | _____                               |
| – Nahrung zerkleinern   | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | _____                                  | _____                               |
| – Nahrung zum Munde führen  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | _____                                  | _____                               |
| – Kann der/die Versicherte nur spezielle Nahrung zu sich nehmen?<br><small>(z.B. püriert, Sondennahrung, jedoch nicht Diäten)</small> | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | _____                                  | _____                               |
| 3.1.4 Körperpflege  |   |                          |  |                                     |
| – Waschen   | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | _____                                  | _____                               |
| – Kämmen  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | _____                                  | _____                               |
| – Rasieren  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | _____                                  | _____                               |
| – Baden/Duschen   | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | _____                                  | _____                               |
| 3.1.5 Verrichten der Notdurft   |   |                          |  |                                     |
| – Ordnen der Kleider (vor und nach der Notdurft)  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | _____                                  | _____                               |
| – Körperreinigung/Überprüfen der Reinlichkeit (nach der Notdurft)   | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | _____                                  | _____                               |
| – Unübliche Art der Verrichtung der Notdurft  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | _____                                  | _____                               |
| 3.1.6 Fortbewegung  |   |                          |  |                                     |
| – in der Wohnung  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | _____                                  | _____                               |
| – im Freien   | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | _____                                  | _____                               |
| Pflege gesellschaftlicher Kontakte  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | _____                                  | _____                               |

Wer leistet die Hilfe? (vor bzw. nach Spital- oder Heimeintritt)

Tel.-Nr.

Wo hielt sich die versicherte Person vor dem allfälligen Heimeintritt auf?

Datum: vom

bis

3.2 Nur für volljährige Versicherte vor dem AHV-Rentenalter, die nicht in einem Heim wohnen: Ist er/sie wegen der gesundheitlichen Beeinträchtigung dauernd und regelmässig auf eine lebenspraktische Begleitung angewiesen? ja  nein

| Wenn ja, seit wann und in welcher Form?  | ja                       | nein                     | seit (Monat und Jahr) | Art der Begleitung (genaue Beschreibung) |
|--|--------------------------|--------------------------|-----------------------|--|
| 3.2.1 Hilfeleistungen, die das selbstständige Wohnen ermöglichen   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____                 | _____                                    |
| 3.2.2 Begleitung bei ausserhäuslichen Verrichtungen und Kontakten  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____                 | _____                                    |
| 3.2.3 Regelmässige Anwesenheit einer Drittperson zur Verhinderung einer dauernden Isolation von der Aussenwelt | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____                 | _____                                    |

Wer leistet die Hilfe in Form der Begleitung?

3.3 Bedarf der/die Versicherte einer dauernden Hilfe im Rahmen der Grundpflege (z.B. Bewegungsübungen, Wechseln von Bandagen, Dekubitusprophylaxe) oder der Behandlungspflege (z.B. Blutdruck- und Temperaturmessung, Einführen und Pflege von Sonden und Kathetern, Instillation, Injektion oder Infusion von Medikamenten und Nährlösungen, physiotherapeutische Massnahmen)? ja  tagsüber  nachts  nein

Wenn ja, in welcher Form und in welchen Bereichen?

Wieviele Stunden pro Tag?

Seit wann besteht die Pflegebedürftigkeit im erwähnten Ausmass?

Wer besorgt die Pflege?

3.4 Bedarf der/die Versicherte der persönlichen Überwachung? ja  tagsüber  nachts  nein

Wenn ja, in welcher Form und in welchen Bereichen?

Seit wann besteht die Überwachungsbedürftigkeit im erwähnten Ausmass?

Wer besorgt die Überwachung?

3.5 Ist der/die Versicherte bettlägerig? vollständig  teilweise  nein

Wenn teilweise, wieviele Stunden kann er/sie durchschnittlich im Tag das Bett verlassen?

3.6 Sind Hilfsmittel vorhanden? ja  nein

Wenn ja, welche?

3.7 Dieses Formular wurde ausgefüllt durch (Versicherte[r], Behörde, Heim, Spitalarzt/-ärztin, Sozialdienst, Angehörige usw.)

Tel.-Nr.

**Vollmacht**

Mit der Unterzeichnung dieses Formulars ermächtigt die versicherte Person oder ihr(e) Vertreter(in) alle in Betracht fallenden Personen und Stellen, also namentlich Ärzte/Ärztinnen, medizinische Hilfspersonen, Spitäler, Heilanstalten, Krankenkassen, öffentliche und private Versicherungen, Amtsstellen, private Sozialhilfeeinrichtungen, sozialpsychiatrische Dienste sowie Beratungsstellen für psychisch behinderte Menschen, den zuständigen Stellen der Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung die für die Abklärung des Anspruchs und die Prüfung der Leistungsberechtigung des/der Versicherten und für die Durchführung des Rückgriffs auf Dritte, gegen die dem/der Versicherten aus diesem Versicherungsfall Schadenersatzansprüche zustehen können, erforderlichen *Auskünfte* zu geben.

Der/die Unterzeichnete bestätigt, seine/ihre Antworten wahrheitsgetreu und vollständig erteilt zu haben.

Ort und Datum

Unterschrift der versicherten Person oder ihres (gesetzlichen) Vertreters/ihrer (gesetzlichen) Vertreterin

Beilagen:

Adresse des (gesetzlichen) Vertreters/der (gesetzlichen) Vertreterin, wenn die versicherte Person nicht selbst unterschreibt

Tel.-Nr.

● **Der Anmeldung sind beizulegen**(sofern nicht bereits eingereicht):

- **Sämtliche Versicherungsausweise AHV/IV**
- **Personalausweis** (z.B. Familienbüchlein, Niederlassungs- oder Aufenthaltsbewilligung, Schriftenempfangsschein, Reisepass, Ausländerausweis)
- Eintrittsbericht oder Austrittsbericht bei Heimbewohnern