



Leer lassen

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

Anmeldung zum Bezug von IV-Leistungen für Versicherte vor dem 20. Altersjahr

Bemerkungen auf Seite 5 beachten!

Bitte deutlich schreiben!

Bei Auswahlfragen das Zutreffende ankreuzen

1. Personalien des/der Versicherten

1.1 Familienname _____
Alle Vornamen, den Rufnamen unterstreichen weiblich männlich

1.2 Vornamen _____
Tag, Monat, Jahr

1.3 Geburtsdatum _____
Sofern nicht mehr ledig, auch Datum der Zivilstandsänderung angeben

1.4 Zivilstand _____
Gemeinde und Kanton, bei Ausländern/Ausländerinnen Staatsangehörigkeit und Geburtsort

1.5 Heimatort _____
Strasse, Hausnummer, nähere Ortsbezeichnung mit Postleitzahl, bei Aufenthalt in einem Spital, Pflegeheim oder in Pflegefamilie dessen/deren Adresse

1.6 Adresse _____
_____ PLZ _____ Tel.-Nr. _____
Tag, Monat, Jahr

1.7 Aufenthalt in der Schweiz seit _____
Nur von Ausländern/Ausländerinnen zu beantworten

1.8 Besteht Vormundschaft? ja nein ; Beistandschaft? ja nein

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

1.8.2 Wenn ja, Sitz der Vormundschaftsbehörde

2. Personalien der Eltern des/der Versicherten

2.1 Vater

2.1.1 Familienname und Vornamen _____
Tag, Monat, Jahr

2.1.2 Geburtsdatum _____
Auch Datum der Zivilstandsänderung angeben

2.1.3 Zivilstand _____
Gemeinde und Kanton, bei Ausländern/Ausländerinnen Staatsangehörigkeit und Geburtsort

2.1.4 Heimatort _____
Tag, Monat, Jahr

2.1.5 Allfälliges Todesdatum _____
Tag, Monat, Jahr

2.1.6 Aufenthalt in der Schweiz seit _____
Nur von Ausländern/Ausländerinnen und Rückwanderern/Rückwanderinnen zu beantworten
Strasse, Hausnummer, nähere Ortsbezeichnung mit Postleitzahl, politische Gemeinde, Kanton

2.1.7 Adresse _____
_____ PLZ _____ Tel.-Nr. _____

Personalien (Ziffern 1–2.3) geprüft, Angabe der geprüften Unterlagen, Visum der prüfenden Person

Prüfung betreffend Regress gemäss Ziffern 4.2, 5.1 und 5.4 vorgenommen.
Ergänzungsblatt R verlangt ja nein
Visum der prüfenden Person

Leer lassen

2.2 **Mutter** Auch Mädchennamen angeben _____

2.2.1 Familienname und Vornamen _____
Tag, Monat, Jahr _____

2.2.2 Geburtsdatum _____
Auch Datum der Zivilstandsänderung angeben _____

2.2.3 Zivilstand _____
Gemeinde und Kanton, bei Ausländern/Ausländerinnen Staatsangehörigkeit und Geburtsort _____

2.2.4 Heimatort _____
Tag, Monat, Jahr _____

2.2.5 Allfälliges Todesdatum _____
Tag, Monat, Jahr _____

2.2.6 Aufenthalt in der Schweiz seit _____
Nur von Ausländern/Ausländerinnen und Rückwanderern/Rückwanderinnen zu beantworten
Strasse, Hausnummer, nähere Ortsbezeichnung mit Postleitzahl, politische Gemeinde, Kanton _____

2.2.7 Adresse _____
PLZ _____ Tel.-Nr. _____
Nur von Getrenntlebenden zu beantworten _____

2.3 Bei getrenntlebenden Eltern: Welchem Teil steht die elterliche Gewalt zu?

3. Angaben über die bisherige Tätigkeit des/der Versicherten

3.1 Besuchte Schulen Bezeichnung und Adresse der Schule bzw. Anstalt _____ Seit wann? (Monat und Jahr) _____

3.1.1 gegenwärtig _____
Bezeichnung und Adresse der Schule bzw. Anstalt _____ Von wann bis wann? (Monat und Jahr) _____

3.1.2 früher _____

3.2 Befindet sich der/die Versicherte in erstmaliger beruflicher Ausbildung, oder steht ein Ausbildungsplatz in Aussicht?
ja nein Wenn ja,

3.2.1 Art der Ausbildung _____

3.2.2 Beginn und Dauer der Ausbildung _____

3.2.3 Adresse der Lehrfirma oder Schulanstalt _____

3.2.4 Entstehen durch die Behinderung Mehrkosten für diese Ausbildung? ja nein
Wenn ja, welcher Art sind diese Kosten?
(z.B. auswärtige Unterkunft oder Verpflegung, invaliditätsbedingte Reisespesen)
Genauere Angabe der Mehrkosten im einzelnen _____ Höhe der Mehrkosten pro Jahr _____
(nähere Begründung unter Ziffer 5.9 angeben) _____

3.3 War der/die Versicherte bereits erwerbstätig? ja nein Wenn ja, bitte angeben:
Art der Erwerbstätigkeit _____ Adresse der Arbeitgebenden _____ Von wann bis wann? _____

3.4 Hat der/die Versicherte in ausländischen staatlichen Rentenversicherungen Beitrags- bzw. Versicherungszeiten zurückgelegt?
ja nein
Wenn ja, in welchen? _____

4. Allgemeine Angaben

4.1 Wurde für die versicherte Person bereits eine Anmeldung zum Bezuge von Leistungen der IV eingereicht? ja nein
Wenn ja:

4.1.1 Name und Adresse der Einreichungsstelle (IV-Stelle, Ausgleichskasse): _____

4.2 Werden zugunsten des/der Versicherten Leistungen (z.B. ärztliche Behandlung, Eingliederungsmassnahmen, Taggeld, Rente, Hilfsmittel) ausgerichtet oder sind solche verlangt worden bei

- der SUVA? ja nein
- einer anderen Versicherung im Rahmen der obligatorischen Unfallversicherung? ja nein
- der Militärversicherung? ja nein

Wenn ja:

4.2.1 Name und Adresse der Versicherung (bzw. der zuständigen Agentur):

4.2.2 Referenz (z.B. SUVA-, Unfall-, MV-Nummer): _____

4.3 Bei welcher Krankenkasse ist der/die Versicherte versichert (Grundversicherung)?

4.4 Welche Behörden oder Institutionen haben sich mit der Behinderung des/der Versicherten schon befasst?

Name und Ort dieser Stellen (Schulbehörden, Berufsberatungsstellen, öffentliche und private Fürsorgestellen, Arbeitsämter, SUVA usw.)

Wann?
(Monat und Jahr)

4.5 Auszahlung

Wie wünschen Sie, dass die Geldleistung ausbezahlt wird?

Auf ein **persönliches Bankkonto** (genaue Bezeichnung, z.B. Sparkonto, Depositenkonto, Sparheft)

_____ Nr. _____
bei der (Name und Adresse der Bank bzw. Bankfiliale)

lautend auf: (Namen, Vornamen) _____

Postkonto-Nr. der Bank _____ Banken-Clearing-Nr. _____

Auf **Postkonto** Nr. _____

Die Auszahlung der Geldleistung erfolgt in der Regel nur noch auf ein Bank- oder Postkonto. Auf besonderen Antrag kann die Geldleistung hingegen auch bar ausbezahlt werden.

Begehren auf Auszahlung der Geldleistung an Drittpersonen oder Behörden müssen auf besonderem Formular gestellt und begründet werden

5. Angaben über die Behinderung

(ergänzende Bemerkungen unter Ziffer 5.8 anbringen)

5.1 Wurde die Behinderung herbeigeführt durch: Geburtsgebrechen Krankheit Unfall

5.2 Nähere Angaben über die Art der Behinderung

5.3 Seit wann besteht die Behinderung?

5.4 Wurde die Behinderung ganz oder teilweise durch eine Drittperson herbeigeführt? ja nein

5.5 Wer hat die versicherte Person ärztlich behandelt? (Namen des Hausarztes/der Hausärztin unterstreichen)

5.5.1 zuletzt

Name und Adresse des Arztes/der Ärztin
bzw. des Spitals oder Pflegeheims

Von wann bis wann?
(Monat und Jahr)

Für welche Leiden?

5.5.2 früher

Name und Adresse des Arztes/der Ärztin
bzw. des Spitals oder Pflegeheims

Von wann bis wann?
(Monat und Jahr)

Für welche Leiden?

5.6 Besitzt der/die Versicherte bereits Hilfsmittel (Prothesen, Rollstuhl usw.)? ja nein

Wenn ja, genaue Bezeichnung: _____

Seit wann? _____

5.7 Welche Versicherungsleistungen werden beansprucht?

(Zutreffendes ankreuzen und allenfalls unter Ziffer 5.8 näher bezeichnen)

Medizinische Massnahmen (z.B. bei Geburtsgebrechen)

Beiträge an die Sonderschulung. Welche Sonderschule ist vorgesehen und von welchem Zeitpunkt an?

Hilflosenentschädigung für Minderjährige (allenfalls mit Intensivpflegezuschlag)

Berufsberatung

Beiträge an die Mehrkosten der erstmaligen beruflichen Ausbildung

Arbeitsvermittlung

Hilfsmittel (Prothesen, Rollstuhl usw.) Wenn ja, welche? _____

Gewünschte Lieferfirma _____

5.8 Ergänzende Bemerkungen über die Behinderung und über die vorgesehenen Massnahmen (Ziffern 5–5.7)

5.9 Allfällige ergänzende Bemerkungen allgemeiner Art

Vollmacht

Mit der Unterzeichnung dieses Formulars ermächtigt der gesetzliche Vertreter/die Vertreterin des/der Versicherten bzw. der/die Versicherte alle in Betracht fallenden Personen und Stellen, also namentlich Ärzte und Ärztinnen, medizinische Hilfspersonen, Spitäler, Heilanstalten, Krankenkassen, Arbeitgebende, Anwälte und Anwältinnen, Treuhandfirmen, öffentliche und private Versicherungen, Amtsstellen sowie private Sozialhilfeeinrichtungen, 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, die Antworten wahrheitsgetreu und vollständig erteilt zu haben.

Datum _____

Beilagen:

Unterschrift des gesetzlichen Vertreters/der Vertreterin des/der Versicherten bzw. des/der volljährigen Versicherten

Der Anmeldung sind beizulegen:

- **Versicherungsausweis AHV-IV** (sofern der/die Versicherte bereits einen solchen besitzt)
- **Personalausweis** (z.B. Geburtsschein, Familienbüchlein, Heimatschein, Niederlassungs- oder Aufenthaltsbewilligung, Schriftenempfangsschein, Reisepass, Ausländerausweis)

Zur Beachtung

a. Renten und Hilflosenentschädigungen für Volljährige

Volljährige Versicherte, die Anspruch auf eine Rente oder Hilflosenentschädigung erheben, füllen zusätzlich das Anmeldeformular für Erwachsene aus. Eine Rente bzw. Hilflosenentschädigung für Volljährige kann frühestens vom ersten Tag des der Vollendung des 18. Altersjahres folgenden Monats an gewährt werden. Eine Rente kann zudem in der Regel nur dann ausgerichtet werden, wenn keine Eingliederungsmassnahmen in Frage kommen.

b. Ausländische Staatszugehörigkeit

Für Versicherte mit ausländischer Staatszugehörigkeit genügen die Angaben in diesem Formular nicht. Die Versicherungsorgane werden noch weitere Unterlagen einverlangen.

c. Einreichungsstelle für die Anmeldung

Die Anmeldung ist der zuständigen IV-Stelle zuzustellen. Sie kann auch bei der AHV-Ausgleichskasse (Adresse siehe letzte Seiten im Telefonbuch) oder einer ihrer Zweigstellen eingereicht werden.

d. Durchführung von Eingliederungsmassnahmen

Grundsätzlich hat die Anmeldung für Eingliederungsmassnahmen vor deren Durchführung zu erfolgen, und zwar so rechtzeitig, dass die IV-Stelle zum Begehren des/der Versicherten vor Durchführungsbeginn Stellung nehmen und die Leistung zusprechen kann.