



Anmeldung für Hilfsmittel-Leistungen der AHV

Einzureichen bei der Ausgleichskasse, welche die Rente auszahlt. / Bitte deutlich schreiben!
Bei Auswahlfragen das Zutreffende ankreuzen
Von dem/der Versicherten oder seinem/ihrer Vertreter auszufüllen

Leer lassen

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

1. Personalien des Gesuchstellers/der Gesuchstellerin

Bei Verheirateten oder Verwitweten auch Mädchenname der Ehefrau

1.1 Familienname _____

Alle Vornamen; den Rufnamen unterstreichen

1.2 Vornamen _____

Tag, Monat, Jahr

1.3 Geburtsdatum _____

Sofern nicht mehr ledig, auch Datum der Zivilstandsänderung angeben

1.4 Zivilstand _____

Bei Ausländern Staatsangehörigkeit

1.5 Heimatort _____

Politische Gemeinde und Kanton

1.6. Wohnsitz _____

Strasse, Hausnummer, nähere Ortsbezeichnung mit Postleitzahl; bei Aufenthalt in einem Spital oder Pflegeheim dessen Adresse

1.7 Adresse _____

_____ Tel.-Nr. _____

1.8 Besteht Vormundschaft? ja nein ; Beistandschaft? ja nein

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

_____ Tel.-Nr. _____

1.8.2 Wenn ja, Sitz der Vormundschaftsbehörde

2. Personalien des Ehepartners

Alle Vornamen; den Rufnamen unterstreichen

2.1 Vornamen _____

Tag, Monat, Jahr

2.2 Geburtsdatum _____

Bei Ausländern Staatsangehörigkeit

2.3 Heimatort _____

Politische Gemeinde und Kanton

2.4 Wohnsitz _____

Strasse, Hausnummer, nähere Ortsbezeichnung mit Postleitzahl; bei Aufenthalt in einem Spital oder Pflegeheim dessen Adresse

2.5 Adresse _____

_____ Tel.-Nr. _____

2.6 Besteht Vormundschaft? ja nein ; Beistandschaft? ja nein

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

_____ Tel.-Nr. _____

2.6.2 Wenn ja, Sitz der Vormundschaftsbehörde

Personalien und Rentenberechtigung geprüft
Visum der Ausgleichskasse

3. Allgemeine Fragen

In jedem Fall zu beantworten

- 3.1 Bezieht der Gesuchsteller/die Gesuchstellerin Ergänzungsleistungen (EL)? ja nein
Wenn ja, durch welche Stelle werden sie ausbezahlt?

- 3.2 Ist der Gesundheitsschaden, der die Benützung von Hilfsmitteln nötig macht, auf einen Unfall zurückzuführen? ja nein
ganz oder teilweise durch einen Dritten herbeigeführt worden? ja nein
- 3.3 Name und Adresse des Lieferanten, bei dem Sie das Hilfsmittel zu beziehen wünschen.

Leer lassen

Prüfung betreffend Regress gemäss Ziffer 3.2 vorgenommen
Ergänzungsblatt R verlangt

ja nein

Visum der IV-Stelle

4. Erstmaliges Gesuch

Bei Gesuchen um Ersatz eines Hilfsmittels, für welches bereits früher von der IV oder AHV Leistungen erbracht wurden, ist nur Ziffer 5 auszufüllen.

- 4.1 Für welches Hilfsmittel beanspruchen Sie einen Kostenbeitrag der AHV?
- | | |
|----------------------------|------------------|
| Orthopädische Mass-Schuhe | Gesichtsepithese |
| Orthopädische Serienschuhe | Hörgerät |
| Lupenbrille | Perücke |
| Rollstuhl | Sprechhilfegerät |
- 4.2 Wurde das oben angekreuzte Hilfsmittel durch einen Spezialarzt/eine Spezialärztin verordnet? ja nein
Wenn ja, geben Sie nachfolgend Name und Adresse des Spezialarztes/der Spezialärztin an, wenn nein, nennen Sie Name und Adresse Ihres Hausarztes/Ihrer Hausärztin:

Tel.-Nr. _____

5. Gesuch bei Erneuerung eines Hilfsmittels

- 5.1 Welches Hilfsmittel muss erneuert werden? _____
- 5.2 Für dieses Hilfsmittel wurden letztmals Leistungen zugesprochen am _____
Durch welche Stelle? _____
- 5.3 Wurde die Erneuerung durch einen Arzt/eine Ärztin verordnet? ja nein
Wenn ja, Name und Adresse des Arztes/der Ärztin _____

Tel.-Nr. _____

6. Vollmacht und Unterschrift

Mit der Unterzeichnung dieses Formulars ermächtigt der Gesuchsteller/die Gesuchstellerin oder der Vertreter/die Vertreterin alle in Betracht fallenden Personen, Spitäler, Heilanstalten, Krankenkassen, öffentlichen und privaten Versicherungen, Amtsstellen sowie privaten Fürsorgeeinrichtungen, den zuständigen Stellen der Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung die für die Abklärung des Anspruchs und die Prüfung der Leistungsberechtigung des Gesuchstellers/der Gesuchstellerin und die Durchführung des Rückgriffes auf Dritte, gegen die dem Gesuchsteller/der Gesuchstellerin aus diesem Versicherungsfall Schadenersatzansprüche zustehen können, erforderlichen Auskünfte zu erteilen.

Der/die Unterzeichnende bestätigt, die Antworten wahrheitsgetreu und vollständig erteilt zu haben.

Datum

Unterschrift des Gesuchstellers/der Gesuchstellerin oder
des Vertreters/der Vertreterin

Name und Adresse des Vertreters/der Vertreterin, wenn der Gesuchsteller/die Gesuchstellerin nicht selber unterschreibt

Tel.-Nr.

Evtl. Bezeichnung und Adresse der Sozialstelle oder Name und Adresse der Person, die den Gesuchsteller/die Gesuchstellerin betreut

Tel.-Nr.

Beilagen

Der Anmeldung sind sämtliche Versicherungsausweise der AHV/IV des Gesuchstellers/der Gesuchstellerin und seines/ihrer Ehegatten beizulegen.

Bescheinigung des Arztes/der Ärztin auf der Rückseite

7. Bescheinigung des Arztes/der Ärztin

Das Ausfüllen der nachstehenden Bescheinigung durch den Arzt/die Ärztin erlaubt der Versicherung eine raschere Erledigung des Gesuches.

Bei Gesuchen um Ausrichtung eines Kostenbeitrags an ein Hörgerät ist auf diesem Formular keine Bescheinigung zu erteilen, weil der Gesuchsteller/die Gesuchstellerin von einem Expertenarzt/einer Expertenärztin der IV begutachtet werden muss.

Der Gesuchsteller/die Gesuchstellerin benötigt aus medizinischer Sicht das angekreuzte Hilfsmittel, für welches die nachgenannten Abgabevoraussetzungen erfüllt sind.

Orthopädische Massschuhe oder orthopädische Serienschuhe. Diese werden einer pathologischen Fussform oder Fussfunktion individuell angepasst bzw. ersetzen einen orthopädischen Apparat. Eine Versorgung mit Einlagen ist nicht möglich (die Bescheinigung hat i.d.R. durch einen Spezialarzt für Orthopädie zu erfolgen).

Gesichtsepithese zum Bedecken eines Gesichtsdefekts oder als Ersatz für fehlende Gesichtspartien (Ohrmuschel-, Nasen-, Kieferersatzstück, Augenepithese, Gaumenplatte usw.)

Perücke. Die äussere Erscheinung des(der) Versicherten wird durch den fehlenden Haarschmuck beeinträchtigt.

Sprechhilfegerät. Der(die) Versicherte ist laryngektomiert und kann die Oesophagussprache nicht oder nur ungenügend erlernen.

Lupenbrille. Der(die) Versicherte kann ohne diesen Behelf nicht mehr längere Texte in normaler Schriftgrösse lesen.

Rollstuhl ohne motorischen Antrieb, sofern er voraussichtlich dauernd verwendet wird.

Ich halte weitere medizinische Abklärungen für notwendig.

Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes/der Ärztin

Eventuelle Bemerkungen des Arztes/der Ärztin