



Anmeldung zum Bezug von IV-Leistungen für Erwachsene

Bemerkungen auf Seite 7 und 8 beachten!

Bei Auswahlfragen das Zutreffende ankreuzen ☑

AHV-Nr.

1. Personalien

Bei Verheirateten oder Verwitweten auch Name als ledige Person

1.1 Familienname
Alle Vornamen, den Rufnamen unterstreichen weiblich männlich

1.2 Vornamen
Tag, Monat, Jahr

1.3 Geburtsdatum

1.4 Wohnort und genaue Adresse Postleitzahl, Ort, Strasse, Hausnummer

Tel.-Nr.

1.5 Zivilstand ledig verheiratet seit verwitwet seit geschieden seit getrennt seit
Zutreffendes ankreuzen bzw. genau alle Ehedaten angeben
1. Ehe
allfällige 2. Ehe
allfällige 3. Ehe

Name, Vornamen und Geburtsdaten der früheren Ehegatten

1.6 Heimat für Schweizer/innen Heimatgemeinde/Kanton Schweizerbürgerrecht seit

Staatsangehörigkeit
Heimat für Ausländer/innen

1.7 Besteht Vormundschaft? ja nein ; Beistandschaft? ja nein
Wenn ja, Name und Adresse des Vormundes bzw. des Beistandes

Sitz der Vormundschaftsbehörde

AHV-Nr.

2. Personalien des Ehegatten/der Ehegattin

Bei Verheirateten oder Verwitweten auch Name als ledige Person

2.1 Familienname

Alle Vornamen, den Rufnamen unterstreichen

2.2 Vornamen

Tag, Monat, Jahr

2.3 Geburtsdatum

3. Kinder

Angabe aller Kinder, für die **Kinderrenten** zur Invalidenrente oder **Erziehungsgutschriften** beantragt werden.

3.1 Eigene Kinder (inkl. Adoptivkinder)

Familienname	Vornamen	Geburtsdatum (Tag, Monat, Jahr)	Allf. Todesdatum (Tag, Monat, Jahr)	Geschlecht (m oder w)	AHV-Nr.
1. <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2. <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3. <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4. <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5. <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
6. <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
7. <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
8. <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

3.2 Stiefkinder

Familienname	Vornamen	Geburtsdatum (Tag, Monat, Jahr)	Allf. Todesdatum (Tag, Monat, Jahr)	Geschlecht (m oder w)	AHV-Nr.
1. <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2. <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3. <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4. <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

3.3 Pflegekinder

Familienname	Vornamen	Geburtsdatum (Tag, Monat, Jahr)	Allf. Todesdatum (Tag, Monat, Jahr)	Geschlecht (m oder w)	AHV-Nr.
1. <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2. <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3. <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4. <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Anspruch auf Kinderrente

Der Anspruch auf Kinderrente besteht bis zum 18. Altersjahr des Kindes. Für Kinder zwischen dem 18. und 25. Altersjahr kann eine Kinderrente beansprucht werden, solange diese in Ausbildung stehen. In solchen Fällen ist der Lehrvertrag oder ein Ausweis der Lehranstalt, aus welchem Beginn und voraussichtliche Dauer der Ausbildung hervorgehen, beizulegen.

Anspruch auf Erziehungsgutschriften

Der Anspruch auf Erziehungsgutschriften besteht für Jahre ab 1948 (Inkrafttreten des Bundesgesetzes über die AHV), in welchen die versicherte Person Kinder hatte, die das 16. Altersjahr noch nicht vollendet hatten, bzw. die nach dem 31. Dezember 1931 geboren wurden.

4. Allgemeine Angaben

4.1 Hatten Sie Wohnsitz ausserhalb der Schweiz ja nein
 Monat, Jahr Monat, Jahr Staat
 vom _____ bis _____ in _____
 vom _____ bis _____ in _____
 Einreisedatum in die Schweiz _____

4.2 Bei verheirateten, verwitweten und geschiedenen Personen: Hatte der Ehemann bzw. die Ehefrau Wohnsitz ausserhalb der Schweiz?
 ja nein
 Monat, Jahr Monat, Jahr Staat
 vom _____ bis _____ in _____
 vom _____ bis _____ in _____
 Einreisedatum in die Schweiz _____

4.3 Haben Sie ausserhalb der Schweiz gearbeitet? ja nein
 Monat, Jahr Monat, Jahr Staat
 vom _____ bis _____ in _____
 vom _____ bis _____ in _____
 Haben Sie in einem EU-Staat
 – eine unselbständige Erwerbstätigkeit ausgeübt? ja nein
 – eine selbständige Erwerbstätigkeit ausgeübt? ja nein
 – ein Studium absolviert? ja nein
 – Militärdienst geleistet? ja nein

4.4 Hat Ihre Ehefrau/Ihr Ehemann ausserhalb der Schweiz gearbeitet? ja nein
 Monat, Jahr Monat, Jahr Staat
 vom _____ bis _____ in _____
 vom _____ bis _____ in _____

Wichtiger Hinweis:

Damit die Beitragszeiten möglichst genau abgeklärt werden können, sind die Durchführungsstellen der AHV und IV darauf angewiesen, dass

- ausländische Staatsangehörige und
- Personen, die das Schweizerbürgerrecht nicht während der ganzen Dauer ihrer Erwerbstätigkeit in der Schweiz besaßen

der Anmeldung alle in ihrem Besitz befindlichen Dokumente beilegen, die über die genaue Dauer der Erwerbstätigkeit und des Aufenthalts in der Schweiz Auskunft geben (Arbeitszeugnisse, Lohnabrechnungen, Ausländerausweis, Aufenthaltbewilligung usw.). Für den Zeitraum vor 1969 sind überdies Arbeitszeugnisse und Lohnabrechnungen für die Ermittlung der korrekten Beitragsdauer unentbehrlich.

Werden diese Dokumente nicht beigebracht, muss für die Festsetzung der Beitragsdauer ein vereinfachtes Verfahren angewendet werden!

4.5 Haben Sie oder Ihre Ehefrau/Ihr Ehemann bereits eine Anmeldung zum Bezuge von Leistungen der IV eingereicht?
 ja nein Wenn ja, bei welcher IV-Stelle oder Ausgleichskasse? _____

4.6 Werden oder wurden schon Leistungen der AHV oder der Invalidenversicherung (Renten oder andere Leistungen) erbracht?

4.6.1 Für Sie? ja nein Wenn ja, welche? _____

4.6.2 Für Ihren Ehegatten/Ihre Ehegattin? ja nein Wenn ja, welche? _____

4.6.3 Für Ihre Kinder? ja nein Wenn ja, welche? _____

4.6.4 Wenn ja, von welcher Ausgleichskasse/IV-Stelle? _____

- 4.7 Sind Sie angemeldet für bzw. erhalten Sie Leistungen (z.B. ärztliche Behandlung, Eingliederungsmassnahmen, Taggeld, Rente, Hilfsmittel)
- | | | |
|---|----|------|
| - der SUVA? | ja | nein |
| - einer andern Versicherung im Rahmen der obligatorischen Unfallversicherung? | ja | nein |
| - der Militärversicherung? | ja | nein |

4.7.1 Wenn ja, Name und Adresse der Versicherung (bzw. der zuständigen Agentur)

4.7.2 Referenz (z.B. Unfall- oder Renten-Nummer) _____

4.8 Bei welcher Krankenkasse sind Sie versichert (Grundversicherung?)

4.9 Bei welcher Vorsorgeeinrichtung der 2. Säule (Pensionskasse) waren Sie bei Eintritt der Arbeitsunfähigkeit bzw. zuletzt versichert?

Name und Adresse der Vorsorgeeinrichtung (Pensionskasse)

4.10 Welche Behörden oder Institutionen haben sich mit Ihrer Behinderung bisher schon befasst?

Name und Art dieser Stellen (Berufsberatungsstellen, Arbeitsämter, öffentliche und private Sozialhilfestellen, SUVA, Militärversicherung, Kranken- und Unfallversicherung, Pensionskassen usw.)	Wann? (Monat und Jahr)
---	---------------------------

5. Auszahlung

Wie wünschen Sie die Auszahlung?

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 IV-Leistung erfolgt in der Regel nur noch auf ein Bank- oder Postkonto. Auf besonderen Antrag kann hingegen auch bar ausbezahlt werden.

Begehren auf Auszahlung der IV-Leistungen an Drittpersonen oder Behörden müssen auf besonderem Formular gestellt und begründet werden.

6. Angaben über Bildung, Beruf und bisherige Tätigkeit

6.1 Besuchte Schulen

(Ohne solche zum Zwecke der beruflichen Ausbildung; diese sind unter Ziffer 6.2 anzuführen)

6.2 Erlerner Beruf

Art der Berufsausbildung (Studium, Lehre, Anlehre im Betrieb usw.)	Name und Adresse der Lehranstalt oder des/r Lehrmeisters/in	Dauer von	bis	Ausweis (Fähigkeitsausweis, Diplom usw.)
--	---	--------------	-----	--

6.3 Erwerbstätige

(Die nachstehenden Angaben sind für die letzten 3 Jahre vor Einreichung der Anmeldung zu machen. Selbständigerwerbende haben unter "Arbeitgebenden" den Vermerk "selbständig" anzubringen. Bei gleichzeitig Selbständig- und Unselbständigerwerbenden sind die entsprechenden Bruttoeinkommen getrennt anzugeben.)

6.3.1 Hauptbeschäftigung (Nebenbeschäftigungen siehe Ziffer 6.5)

Art	Name und Adresse der Arbeitgebenden	Dauer von	bis	Bruttoeinkommen Fr. Stunde, Woche, Monat
-----	-------------------------------------	-----------	-----	--

6.4 Nichterwerbstätige

(Die Angaben sind für die letzten 3 Jahre vor Einreichung der Anmeldung zu machen)

6.4.1 Hauptbeschäftigung (Nebenbeschäftigungen siehe Ziffer 6.5)

(Hausfrau/Hausmann, Student/in usw.)

Art	Dauer von	bis
-----	-----------	-----

6.5 Nebenbeschäftigungen

Art	Name und Adresse der Arbeitgebenden	Dauer von	bis	Bruttoeinkommen Fr. Stunde, Woche, Monat
-----	-------------------------------------	-----------	-----	--

6.6 Krankheits- oder unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit

6.6.1 voll

Dauer von	bis	Name und Adresse der Krankenkasse bzw. der Unfallversicherung
-----------	-----	---

6.6.2 teilweise

in Prozent	Dauer von	bis	Name und Adresse der Krankenkasse bzw. der Unfallversicherung
------------	-----------	-----	---

6.7 Arbeitslosigkeit

6.7.1 voll (Arbeitsverhältnis aufgelöst)

Dauer von	bis	Name und Adresse der ALV-Kasse (wenn Arbeitslosenentschädigung bezahlt wurde)
-----------	-----	---

6.7.2 teilweise (bei fortdauerndem Arbeitsverhältnis)

in Prozent	Dauer von	bis	Name und Adresse der ALV-Kasse (wenn Arbeitslosenentschädigung bezahlt wurde)
------------	-----------	-----	---

7. Angaben über die Behinderung (ergänzende Bemerkungen unter Ziffer 8 anbringen)

7.1	Wurde die Behinderung herbeigeführt durch	Geburtsgebrechen	Krankheit	Unfall
7.2	Nähere Angaben über die Art der Behinderung			

7.3	Seit wann besteht die Behinderung?			

7.4	Wurde die Behinderung ganz oder teilweise durch eine Drittperson herbeigeführt?	ja	nein	
7.5	Wer hat Sie ärztlich behandelt? (Namen des Hausarztes/der Hausärztin unterstreichen)			
7.5.1	zuletzt			
	Name und Adresse des Arztes/der Ärztin bzw. des Spitals oder Pflegeheims	Von wann bis wann? (Monat und Jahr)	Für welche Leiden?	

7.5.2	früher			
	Name und Adresse des Arztes/der Ärztin bzw. des Spitals oder Pflegeheims	Von wann bis wann? (Monat und Jahr)	Für welche Leiden?	

7.6	Besitzen Sie bereits Hilfsmittel (Prothesen, Rollstuhl usw.)?	ja	nein	
	Wenn ja, genaue Bezeichnung _____			
	Seit wann? _____			
7.7	Hilflosigkeit			
7.7.1	Sind Sie für die alltäglichen Lebensverrichtungen dauernd und regelmässig auf die Hilfe Dritter (beim An- und Auskleiden, Essen, Körperpflege usw.) oder auf persönliche Überwachung angewiesen?	ja	nein	
7.7.2	Nur für Versicherte, die nicht in einem Heim wohnen:			
	Sind Sie wegen Ihrer Behinderung dauernd und regelmässig auf lebenspraktische Begleitung (zur Ermöglichung des selbstständigen Wohnens, bei ausserhäuslichen Verrichtungen und Kontakten oder zur Verhinderung einer dauernden Isolation von der Aussenwelt) angewiesen?			
		ja	nein	
7.8	Welche Versicherungsleistungen werden beansprucht? (Zutreffendes ankreuzen und allenfalls unter Ziffer 8 näher bezeichnen)			
	Berufsberatung			
	Umschulung auf eine neue Tätigkeit			
	Wiedereinschulung in die bisherige Tätigkeit			
	Arbeitsvermittlung			
	Hilfsmittel (Prothesen, Rollstuhl usw.)	Wenn ja, welche? _____		
	Gewünschte Lieferfirma _____			
	Besondere medizinische Eingliederungsmassnahmen (siehe Hinweise "Zur Beachtung", Buchstabe c.)			
	Rente (wird in der Regel nur gewährt, wenn keine Eingliederungsmassnahmen in Frage kommen)			

8. Ergänzende Bemerkungen

Zur Beachtung

a. Einreichungsstellen 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.

b. Invalide Angehörige

Werden vom invaliden Ehegatten oder von invaliden Kindern eigene Leistungen der Invalidenversicherung beansprucht, so ist je ein besonderes Formular auszufüllen.

c. Medizinische Massnahmen

Die eigentliche Behandlung von Krankheiten oder Unfallfolgen fällt in das Gebiet der Kranken- bzw. Unfallversicherung. Die IV gewährt bei Erwachsenen deshalb nur Massnahmen, die nicht auf die Behandlung des Leidens an sich, sondern unmittelbar auf die berufliche Eingliederung gerichtet und geeignet sind, die Erwerbsfähigkeit dauernd und wesentlich zu verbessern oder vor wesentlicher Beeinträchtigung zu bewahren. Wird der Fall von der IV übernommen, so bezahlt sie die Kosten der ärztlichen Behandlung (ambulant oder in der allgemeinen Abteilung eines Spitals), der Behandlung durch medizinische Hilfspersonen (Physiotherapeut[inn]en usw.) und der Arzneien.

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. Dies gilt insbesondere für Eingliederungsmassnahmen beruflicher Art.

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 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 Unterzeichnende bestätigt, seine/ihre Antworten wahrheitsgetreu und vollständig erteilt zu haben.

Datum	Unterschrift des/der Versicherten oder des Vertreters/der Vertreterin
Beilagen	Adresse des Vertreters/der Vertreterin, sofern der/die Versicherte nicht selbst unterschreibt

Die leistungsberechtigte Person hat ihre Angaben zu belegen.

- **Der Anmeldung sind beizulegen:**
 - **Sämtliche Versicherungsausweise der AHV-IV** der leistungsberechtigten Personen
 - **Sämtliche AHV-Markenhefte** der versicherten Person
 - **Personalausweise** (z.B. Familienbüchlein, Personenstandsausweis oder Familienschein, Niederlassungs- oder Aufenthaltsbewilligung, Schriftenempfangsschein, Reisepass, Ausländerausweis), aus denen die Personalien aller in dieser Anmeldung genannten Personen ersichtlich sind
 - **Gegebenenfalls sind beizulegen:** Ausbildungsbescheinigungen und Belege von Lehranstalten und Arbeitgebenden, Kopie des Scheidungs- oder Trennungsurteils oder der gerichtlich genehmigten Scheidungs- oder Trennungskonvention, Kopien der Geburtsurkunde der Kinder, Lebensbescheinigung, Todesschein, Bestätigung der Vormundschaftsbehörde, u.a.m.

Bemerkungen _____

Anmeldung geprüft aufgrund von: _____

Prüfende Stelle (Datum, Visum):

Prüfung betreffend Regress gemäss Ziffer 4.7 und 7.1 und 7.4 vorgenommen; Ergänzungsblatt R (Form. 318.273.01 d) resp. Anfrage an die SUVA/MV (Formular 318.273.04 d) versandt:
ja nein

Visum der prüfenden Person