

## 1. Hilfsmittel

Welche Hilfsmittel (Prothesen, Rollstuhl usw.) beantragen Sie?

Perücke

Gewünschte Lieferfirma (bitte Rechnungskopien, Kostenvoranschläge beilegen)

Denis Hairstyling, Sankt Gallerstrasse 10, 9470 Buchs, Tel. 081 756 32 33

## 2. Personalien

### 2.1 Persönliche Angaben

Name

auch Name als ledige Person

Vornamen

alle Vornamen, den Rufnamen bitte in Grossbuchstaben

weiblich  männlich

Geburtsdatum

Tag, Monat, Jahr

Versichertennummer

AHV 13-stellig, beginnend mit 756

Zivilstand

seit

Tag, Monat, Jahr

### 2.2 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

### 2.3 Beistandschaft und Vorsorgeauftrag

Besteht eine Beistandschaft?  ja  nein

Besteht ein Vorsorgeauftrag nach ZGB 360ff?  ja  nein

Wenn ja, Name und Adresse des Beistandes/Vertreters

Wenn ja, legen Sie dieser Anmeldung eine Kopie der Ernennungsurkunde zur Beistandschaft oder des Vorsorgeauftrages bei.

Sitz der zuständigen Schutzbehörde

### 2.4 Staatsangehörigkeit

Schweizer Bürgerinnen und Bürger  
Heimatgemeinde/Kanton

Schweizer Bürgerrecht seit

Tag, Monat, Jahr

Ausländische Staatsangehörige  
Staatsangehörigkeit

Datum der Einreise in die Schweiz

Tag, Monat, Jahr

## 3. Allgemeine Angaben

---

### 3.1 Wohnsitz und Erwerbstätigkeit

Hatten Sie Ihren Wohnsitz jemals ausserhalb der Schweiz oder haben Sie ausserhalb der Schweiz gearbeitet/studiert/Militärdienst geleistet?

ja  nein

von

Monat, Jahr

bis

Monat, Jahr

in

Staat

Monat, Jahr

Monat, Jahr

Staat

### 3.2 Frühere Anmeldungen

Wurde für die versicherte Person bereits einmal eine Anmeldung zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung eingereicht?

ja  nein

Wenn ja, für welche Leistung und bei welcher IV-Stelle?

### 3.3 Versicherungen

Sind Sie angemeldet bzw. erhalten Sie Leistungen von

z. B. ärztliche Behandlung, Eingliederungsmassnahmen, Taggeld, Rente, Hilfsmittel

einer Krankenkasse?

Name und Adresse der Versicherung (bzw. der zuständigen Agentur) inkl. Referenznummer

der SUVA oder einer anderen Versicherung im Rahmen der obligatorischen Unfallversicherung?

Name und Adresse der Versicherung (bzw. der zuständigen Agentur) inkl. Referenznummer

der Militärversicherung?

Name und Adresse der Versicherung (bzw. der zuständigen Agentur) inkl. Referenznummer

### 3.4 Krankenkasse

Bei welcher Krankenkasse ist die versicherte Person versichert (Grundversicherung)?

Name und Adresse

## 4. Angaben über die jetzige berufliche Tätigkeit

---

### 4.1 Erwerbstätige und Personen mit Nebenbeschäftigungen

Aktuelle/letzte Haupt-, Teil- oder Nebenbeschäftigung

Art der Beschäftigung

Pensum in %

von

bis

Bruttoeinkommen CHF

Tag, Monat, Jahr

Tag, Monat, Jahr

Stunde, Woche, Monat

Name und Adresse des Arbeitgebenden

Art der Beschäftigung

Pensum in %

von

bis

Bruttoeinkommen CHF

Tag, Monat, Jahr

Tag, Monat, Jahr

Stunde, Woche, Monat

Name und Adresse des Arbeitgebenden

#### 4.2 Nichterwerbstätige

Art der Beschäftigung	von	bis
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Hausfrau/Hausmann, Student/Studentin usw.	Tag, Monat, Jahr	Tag, Monat, Jahr
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Hausfrau/Hausmann, Student/Studentin usw.	Tag, Monat, Jahr	Tag, Monat, Jahr

#### 4.3 Arbeitslosigkeit

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

  

von	bis	in %
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tag, Monat, Jahr	Tag, Monat, Jahr	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tag/Monat/Jahr	Tag/Monat/Jahr	

### 5. Angaben zur gesundheitlichen Beeinträchtigung

#### 5.1 Nähere Angaben zur Art der gesundheitlichen Beeinträchtigung

Seit wann besteht die gesundheitliche Beeinträchtigung?

#### 5.2 Unfall oder Schadenereignis

Die gesundheitliche Beeinträchtigung ist ganz oder teilweise zurückzuführen auf:

- einen Unfall (z. B. Strassenverkehr, Ausübung beruflicher oder sportlicher Aktivität, Gewaltdelikt, usw.)
- ein anderes Schadenereignis (z. B. mögliche ärztliche Sorgfaltpflichtverletzung, Infekt in einem Spital, Schädigung durch Tiere, durch Produkte, Suizidversuch, usw.)
- eine Krankheit

Ergänzende Bemerkungen zum Ereignis

#### 5.3 Arzt, Spital oder Pflegeheim

Wer hat Sie zuletzt ärztlich behandelt bzw. wer hat das beantragte Hilfsmittel verordnet?

Name und Adresse

Fachrichtung

Für welche Leiden?

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

In Behandlung von

Tag, Monat, Jahr

In Behandlung bis

Tag, Monat, Jahr

Name und Adresse

Fachrichtung

Für welche Leiden?

In Behandlung von

Tag, Monat, Jahr

In Behandlung bis

Tag, Monat, Jahr

#### 5.4 Hilfsmittel

Besitzen Sie bereits Hilfsmittel (z. B. Prothesen, Rollstuhl)?

ja  nein

Wenn ja, welche (genaue Bezeichnung)

seit

Tag, Monat, Jahr

#### 6. Zahlungsverbindung

---

Bankkonto  Postkonto

lautend auf

IBAN

Name und Adresse der Bank

## 7. 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 Arbeitsstellen 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.

Diese Ermächtigung berechtigt die IV-Stelle, die für die Eingliederung infrage kommenden Stellen (behandelnde Ärzte, Arbeitgebende, Institutionen) zu informieren.

## 8. Unterschrift/Beilagen

---

Der/die Unterzeichnete bestätigt, sämtliche Angaben in diesem Formular und den dazugehörigen 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 beizulegen:

- Kopie eines amtlichen Personalausweises (z. B. Familienbüchlein, Personenstandsausweis oder Familienschein, Schriftenempfangsschein, Reisepass, Partnerschaftsurkunde), aus dem die Personalien ersichtlich sind
- Für ausländische Staatsangehörige: Kopie Ihres Ausländerausweises

### Gegebenenfalls sind beizulegen:

- Ernennungsurkunde zur Beistandschaft, Vorsorgeauftrag, Rechnungskopien, Kostenvoranschläge, Arztzeugnisse

**Bitte heften Sie die Dokumente nicht zusammen**