



# Anmeldung zum Bezug von IV-Leistungen für Erwachsene

Raum für die zuständige  
Einreichungsstelle

Datum der Anmeldung

## 1. Personalien

AHV-Nr.

1.1. Familienname .....  
(Bei Verheirateten oder Verwitweten auch Name als ledige Person)

1.2. Vornamen .....  
(Alle Vornamen, den Rufnamen unterstreichen) weiblich  männlich

1.3. Genaues Geburtsdatum .....

1.4. Zivilstand ledig  verheiratet seit ..... geschieden seit .....  
verwitwet seit ..... getrennt seit .....

1.5. Staatsangehörigkeit ..... seit ..... Heimatort .....  
(für Schweizer/innen)

1.6. Wohnort und genaue Adresse (Strasse, Hausnummer) .....  
.....

Postleitzahl ..... Ort ..... Staat .....

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

Sitz der Vormundschaftsbehörde .....

## 2. Personalien des Ehegatten/der Ehegattin

AHV-Nr.

2.1. Familienname ..... als ledige Person .....  
bei verheirateten oder verwitweten Frauen

2.2. Vornamen ..... genaues Geburtsdatum .....

2.3. Staatsangehörigkeit ..... seit ..... Heimatort .....  
(für Schweizer/innen)

### 3. Von verwitweten oder mehrmals verheirateten Versicherten auszufüllen

3.1. Personalien des/der ehemaligen Ehegatten/Ehegattin

3.2. Familienname ..... als ledige Person .....

3.3. Vornamen ..... genaues Geburtsdatum .....

3.4. Heiratsdatum ..... Scheidungsdatum ..... Todesdatum .....

3.5. Personalien des/der ehemaligen Ehegatten/Ehegattin

3.6. Familienname ..... als ledige Person .....

3.7. Vornamen ..... genaues Geburtsdatum .....

3.8. Heiratsdatum ..... Scheidungsdatum ..... Todesdatum .....

### 4. Angabe aller **Kinder des/der Versicherten**. Für Adoptiv- oder Pflegekinder sind die entsprechenden Urkunden beizulegen.

4.1. Zur Prüfung des Anspruchs auf Erziehungsgutschriften, alle nach dem 31.12.1931 geborenen Kinder angeben.

Für in Ausbildung stehende Kinder zwischen dem 18. und 25. Altersjahr, Schul- oder Studienbestätigung, Lehrvertrag oder Ausweis der Lehranstalt beilegen.

#### Den Verwandtschaftsgrad ankreuzen

Familienname	Vorname	Geschlecht	Geburtsdatum	allfälliges Todesdatum	eigenes Kind	Kind des Ehegatten/der Ehegattin	Adoptiv-Kind	Findel-Kind

### 5. Allgemeine Angaben

5.1. Hat der/die Versicherte in ausländischen staatlichen Rentenversicherungen Beitrags- bzw. Versicherungszeiten zurückgelegt ?

ja                       nein

Wenn ja, in welchen Staaten ? .....

von wann bis wann .....

5.2. Wurde schon ein Gesuch auf AHV/IV-Rente oder Hilflosenentschädigung eingereicht oder werden/wurden schon Leistungen erbracht ?

Wenn ja, zugunsten :

des/der Versicherten ?

ja

nein

seines/ihres Ehegatten ?

ja

nein

der Kinder ?

ja

nein

5.3. Hat sich der/die Versicherte schon angemeldet oder erhält er/sie Leistungen (ärztliche Behandlung, Taggeld, Rente, Hilfsmittel, Eingliederungsmassnahmen) ja  nein

- der SUVA (Schweizerische Unfallversicherungsanstalt) ? ja  nein

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

- der Militärversicherung ?

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

Referenz (Unfall- oder Renten-Nummer) .....

5.4. Angabe der letzten schweizerischen Krankenkasse bei welcher der/die Invalide versichert war :

5.5. Welche Behörden oder Institutionen haben sich schon mit der Invalidität befasst ?

Name und Adresse dieser Stellen (Berufsberatungsstellen, Arbeitsämter, öffentliche oder private Fürsorgestellen, SUVA, Militärversicherung, Pensionskassen, Kranken- und Unfallversicherung usw.)

Wann ? (Monat und Jahr) .....

## 6. Auszahlung

Falls die Geldleistungen nicht an die Wohnadresse zu bezahlen sind, Bank- oder Postadresse angeben

6.1. Auszahlung auf Bankkonto

Name der Bank .....

Adresse der Bank (Strasse und Hausnummer) .....

PLZ ..... Ort ..... Staat .....

Bankkonto-Nr. des Kontoinhabers .....

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

6.2. Auszahlung auf Postkonto

Postkonto-Nr. des Kontoinhabers .....

PLZ ..... Ort ..... Staat .....

**7. ALLGEMEINE ANGABEN über Wohnsitz und Erwerbstätigkeit des/der Versicherten in der Schweiz**

**7.1. Angabe von Wohnsitz oder Aufenthaltsort in der Schweiz nach dem 1. Januar 1948.  
Für Ausländer, Angabe der Aufenthaltsbewilligung (Saison, Grenzgänger, Niederlassung oder  
Jahresaufenthalt)**

Ort	von	bis	Art der Bewilligung

**7.2. Angaben über Bildung, Beruf und ausgeübte Tätigkeit nach dem 1. Januar 1948**

7.2.1. Besuchte Schulen

---



---



---

7.2.2. Erlernter Beruf  
Art der Berufsausbildung (Studium, Lehre, Anlehre im Betrieb, usw.)

Name und Adresse der Schule oder des/Lehrmeisters/in

Dauer  
von bis

Ausweis/Diplom

---



---



---



---

7.2.3. Erwerbstätige  
(Angabe des Bruttoeinkommens pro Stunde/Woche/Monat für die während der letzten 3 Jahre ausgeübten Tätigkeiten)

Ausgeübter Beruf	Arbeitgeber	Ort	von	bis	Bruttolohn

7.2.4. Nichterwerbstätige (im Haushalt tätige Personen, Studenten, usw.)

Tätigkeiten	von	bis

7.2.5. Nebenbeschäftigungen

Art der Tätigkeiten	Arbeitgeber	Ort	von	bis	Bruttolohn

7.3. Krankheits- oder unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit

7.3.1. voll **Dauer**  
 von bis **Name und Adresse der Krankenkasse bzw. der Unfallversicherung**

---



---



---

7.3.2. teilweise **Dauer**  
 Stunden **Stunden** von bis **Name und Adresse der Krankenkasse bzw. der Unfallversicherung**

---



---



---

7.4. Arbeitslosigkeit

7.4.1. voll (Arbeitsverhältnis aufgelöst)

**Dauer**  
 von bis **Name und Adresse der Arbeitslosenkasse (ALV) (wenn Arbeitslosenentschädigung bezahlt wurde)**

---



---



---

7.4.2. teilweise (bei fortdauerndem Arbeitsverhältnis)

**Dauer**  
 Stunden **Stunden** **Tage** **Tage** von **bis** **Name und Adresse der ALV-Kasse (wenn Arbeitslosenentschädigung bezahlt wurde)**  
 Tag Woche Woche Monat

8. ALLGEMEINE ANGABEN über den Wohnsitz des Ehegatten/der Ehegattin in der Schweiz

8.1. Angabe von Wohnsitz oder Aufenthalt des/der Ehegatten/in in der Schweiz nach dem 1. Januar 1948.  
Für Ausländer, Angabe der Aufenthaltsbewilligung (Saison, Grenzgänger, Niederlassung, Jahresaufenthalt)

Ort	von	bis	Art der Bewilligung

9. ANGABEN ÜBER DIE BEHINDERUNG

9.1. Die Behinderung wurde herbeigeführt durch :  Geburtsgebrechen ?  
 Krankheit ?  
 Unfall ?

9.2. Nähere Angaben über die Art der Behinderung

9.3. Seit wann besteht die Behinderung ?

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

9.5. Steht der/die Versicherte in ärztlicher Behandlung ?  
(Name des Hausarztes/der Hausärztin unterstreichen)

9.5.1. zuletzt Dauer Für welche Leiden ?  
Name und Adresse des Arztes von bis  
oder des Spitals

---



---

9.5.2. früher Dauer Für welche Leiden ?  
Name und Adresse des Arztes von bis  
oder des Spitals

---



---

9.6. Besitzt der/die Versicherte bereits Hilfsmittel (Prothesen, Rollstuhl usw.) ? ja  nein   
Wenn ja, genaue Bezeichnung .....  
Seit wann ? .....

9.7. Bedarf der/die Versicherte für die alltäglichen Lebensverrichtungen dauernd der Hilfe Dritter oder der persönlichen Ueberwachung (beim An- und Auskleiden, Essen, Toilette usw.) ?  
ja  nein

9.8. Welche Versicherungsleistungen werden beansprucht ?  
(Zutreffendes ankreuzen und allenfalls unter Ziffer 9.9 näher bezeichnen)

- Berufsberatung
  - Umschulung auf eine neue Tätigkeit
  - Wiedereinschulung in die bishenige Tätigkeit
  - Arbeitsvermittlung
  - Hilfsmittel (Prothesen, Rollstuhl usw.) Wenn ja, welche ? .....
  - Gewünschte Lieferfirma .....
  - Besondere medizinische Eingliederungsmassnahmen
  - Rente (wird in der Regel nur gewährt, wenn keine Eingliederungsmassnahmen in Frage kommen)
- 

9.9. Ergänzende Bemerkungen betreffend den Gesundheitsschaden und die Art der gewünschten Leistungen

---



---



---

Prüfung betreffend Regress gemäss Ziffer  
5.3, 9.1 und 9.4 vorgenommen. Ergänzungsblatt R  
(Formular 318.273.01 d) resp. Anfrage an die SUVA/MV  
(Formular 318.273.04 d) versandt :

ja  nein

Visum der prüfenden Person

**Es sind beizulegen :**

- sämtliche Versicherungsausweise der AHV/IV
- sämtliche AHV-Markenhefte
- Kopien der Aufenthaltsbewilligungen in der Schweiz
- schweizerische Arbeitszeugnisse

Werden keine Dokumente beigebracht, aus denen die Dauer der schweizerischen Versicherungszeiten hervorgeht, wird für die Festsetzung der Beitragszeiten ein vereinfachtes Verfahren angewendet.

**Der Anmeldung sind, gegebenenfalls, amtliche Bestätigungen beizulegen :**

- Familienbüchlein des/der Versicherten
- Staatsangehörigkeit des/der Versicherten
- Geburtsdatum für alle in der Anmeldung erwähnten Personen
- Todesdatum für alle erwähnten verstorbenen Personen
- Scheidungsdatum für alle erwähnten geschiedenen Personen
- Wohnsitz des/der Versicherten
- Heiratsdatum für alle in den Punkten 1, 2, 3.1 und 3.5 erwähnten Personen
- Abstammung oder Adoption
- Bestätigung der Vormund- bzw. Beistandschaftsbehörde

**Vollmacht**

Mit der Unterzeichnung dieses Formulars ermächtigt die Versicherte Person oder ihr/e Vertreter/in alle in Betracht fallenden Personen und Stellen, also namentlich Aerzte und Aerztinnen, medizinische Hilfspersonen, Spitäler, Heilanstalten, Krankenkassen, Arbeitgebende, Anwälte und Anwältinnen, Treuhandfirmen, öffentliche und private Versicherungen, Amtsstellen sowie private Fürsorgeeinrichtungen, 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, die Antworten vollständig und wahrheitsgetreu erteilt zu haben. Leistungen die auf Grund ungenauer Auskünfte oder Erklärungen zugesprochen wurden, sind zurückzuzahlen.

Unterschrift des/der Versicherten oder des Vertreters/der Vertreterin \_\_\_\_\_

Ort und Datum \_\_\_\_\_

Sofem der/die Versicherte nicht selbst unterschreibt, Adresse des Vertreters/der Vertreterin \_\_\_\_\_

Die zuständige Einreichungsstelle bestätigt, dass die Auskünfte des/der Versicherten unter Punkt 1 bis Punkt 4.1 des vorliegenden Formulars der Richtigkeit entsprechen und die beigelegten Dokumente gültig sind.

Unterschrift und Stempel der zuständigen Behörde  
Für Schweizer/innen die diplomatische Vertretung \_\_\_\_\_



Allfällige ergänzende Bemerkungen allgemeiner Art

---

---

---

---

---

Beilagen :