

Anmeldung zum Bezug von IV-Leistungen für Erwachsene
Zahtjev za invalidsko davanje za odrasle osobe

Raum für die zuständige
Einreichungsstelle
Prostor za nadležnu službu kojoj se zahtjev podnosi

Datum der Anmeldung
Datum zahtjeva

I. Personalien
Osobni podaci

AHR-Nr.

- 1.1. Familienname _____
(Bei Verheirateten oder Verwitweten auch Name als ledige Person)
Prezime _____
(za osiguranice udane ili udovice navedite djevojačko prezime)
- 1.2. Vornamen _____
(Alle Vornamen, den Rufnamen unterstreichen) weiblich männlich
Imena _____ žensko _____ muško _____
(sva imena, uobičajeno ime podcrtajte)
- 1.3. Genaues Geburtsdatum _____
Točan datum rođenja _____
- 1.4. Zivilstand ledig verheiratet seit _____ geschieden seit _____
Bračno stanje neudana/neoženjen udana/oženjen od _____ razvedena/razveden od _____
verwitwet seit _____ getrennt seit _____
udovica/udovac od _____ rastavljena/rastavljen od _____
- 1.5. Staatsangehörigkeit _____ seit _____ Heimatort _____
Državljanstvo _____ od _____ (für Schweizer/innen)
Mjesto rođenja (kanton)
(za švicarske državljane)
- 1.6. Wohnort und genaue Adresse (Strasse, Hausnummer) _____
Mjesto stanovanja, točna adresa (ulica, broj) _____
- Postleitzahl _____ Ort _____ Staat _____
Poštanski broj _____ Mjesto _____ Država _____
- 1.7. Besteht Vormundschaft? ja/da nein/ne Beistandschaft? ja/da nein/ne
Postoji li skrbništvo? _____ Djelomično skrbništvo? _____
- 1.8. Wenn ja, Name und Adresse des Vormundes bzw. des Beistandes
Ako postoji, ime i adresa skrbnika _____
- 1.9. Sitz der Vormundschaftsbehörde _____
Sjedište skrbničkog tijela _____

2. Personalien des Ehegatten/der Ehegattin
Osobni podaci o bračnom drugu

AHR-Nr.

- 2.1. Familienname _____ als ledige Person _____
Prezime _____ bei verheirateten oder verwitweten Frauen
djevojačko prezime _____
za osiguranice udane ili udovice _____
- 2.2. Vornamen _____ genaues Geburtsdatum _____
Imena _____ točan datum rođenja _____
- 2.3. Staatsangehörigkeit _____ seit _____ Heimatort _____
Državljanstvo _____ od _____ (für Schweizer/innen)
Mjesto rođenja (kanton)
(za švicarske državljane)

3. Von verwitweten oder mehrmals verheirateten Versicherten auszufüllen
Popunjavaju udovci/udovice ili osiguranici koji su više puta bili u braku

3.1. Personalien des/der ehemaligen Ehegatten/Ehegattin
Osobni podaci o bivšem bračnom drugu

3.2. Familienname _____ als legide Person _____
Prezime _____ djevojačko prezime _____

3.3. Vornamen _____ genaues Geburtsdatum _____
Imena _____ točan datum rođenja _____

3.4. Heiratsdatum _____ Scheidungsdatum _____ Todesdatum _____
Datum sklapanja braka Datum razvoda Datum smrti

3.5. Personalien des/der ehemaligen Ehegatten/Ehegattin
Osobni podaci o bivšem bračnom drugu

3.6. Familienname _____ als legide Person _____
Prezime _____ djevojačko prezime _____

3.7. Vornamen _____ genaues Geburtsdatum _____
Imena _____ točan datum rođenja _____

3.8. Heiratsdatum _____ Scheidungsdatum _____ Todesdatum _____
Datum sklapanja braka Datum razvoda Datum smrti

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

Navedite svu djecu osiguranika/ce. Za posvojenu djecu ili šticeenike priložite odgovarajuće dokumente.

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.
Radi provjere prava na naknade za odgoj navedite svu djecu rođenu nakon 31.12.1931.
Za djecu između 18 i 25 godina, koja se nalaze na školovanju, priložite školsku ili studentsku potvrdu, ugovor o naukovanju s naznakom početka i vjerojatnog završetka školovanja.

Den Vereandschaftsgrad ankreuzen
Navedite srodstvo

Familienname Prezime	Vorname Ime	Geschlecht Spol	Geburts- datum Datum rođenja	allfälliges Todes-datum evtl. datum smrti	eigenes Kind vlastito dijete	Kind des Ehegatten/ der Ehegattin dijete bračnog druga	Adoptiv- Kind posvojenik	Findel- Kind nahoće

5. Allgemeine Angaben
Opći podaci

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

Je li osiguranik/ca ostvario/la staž osiguranja ili uplaćivao/la doprinose u nekoj drugoj državi?

ja/da nein/ne

Wenn ja, in welchen Staaten?

Ako je, u kojim državama?

von wann bis wann

od kada do kada

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

Je li već podnesen zahtjev za priznanje rente iz švicarskog starosnog, obiteljskog i invalidskog osiguranja ili naknade za tuđu pomoć i njegu, ili se već isplaćuju/su se isplaćivala davanja;

Wenn ja, zugunsten:

Ako jesu, u korist:

des/der Versicherten? ja/da nein/ne

osiguranika/ce

seines/ihres Ehegatten? ja/da nein/ne

bračnog druga osiguranika/ce

der Kinder? ja/da nein/ne

djece?

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

Je li se osiguranik/ca već prijavio/la ili je korisnik/ca davanja (liječenje, naknada po danima, renta, pomoćna sredstva, profesionalna rehabilitacija)

-der SUVA (Schweizerische Unfallversicherungsanstalt)? ja/da nein/ne

-od SUVE (švicarska ustanova za osiguranje za slučaj nesreće na poslu)?

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

-nekog drugog osiguranja u okviru obveznog osiguranja za slučaj nesreće na poslu?

-der Militärversicherung?

-vojnog osiguranja?

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

Ako je, naziv i adresa osiguranja

Referenz (Unfall- oder Renten- Nummer)

Oznaka (broj pod kojim se vodi osiguranik slučaj nesreće ili rente)

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

Navedite posljednju švicarsku bolesničku blagajnu kod koje je invalid bio osiguran:

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.)

Koja su se tijela ili ustanove već bavile invalidnošću?

Naziv i adresa ovih tijela (profesionalna savjetovaništa, zavodi za zapošljavanje, javne ili privatne skrbne službe, SUVA, vojno osiguranje, mirovinski fondovi u poduzeću, zdravstveno osiguranje ili osiguranje za slučaj nesreće na poslu itd.)

Wann? (Monat und Jahr)

Kada? (mjesec i godina)

6. Auszahlung

Isplata

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

Ako se novčana davanja ne isplaćuju na kućnu adresu, navedite adresu banke ili pošte

6.1. Auszahlung auf Bankkonto

Isplata na bankovni račun

Name der Bank

Naziv banke

Adresse der Bank (Strasse und Hausnummer)

Adresa banke (ulica i kućni broj)

PLZ / Poštanski predbroj

Ort/mjesto

Staat/država

Bankkonto-Nr. des Kontoingabers

Broj bankovnog računa vlasnika računa

Postkonto-Nr. der Bank Broj poštanskog računa banke	Banken-Clearing-Nr. Clearing br. banke
--------------------------------------------------------	-------------------------------------------

6.2 Auszahlung auf Postkonto

Isplata na poštanski račun

Postkonto-Nr. des Kontoinhabers

Broj poštanskog računa vlasnika računa

PLZ / Poštanski predbroj

Ort/mjesto

Staat/država

7. ALLGEMEINE ANGABEN über Wohnsitz und Erwerbstätigkeit des/der Versicherten in der Schweiz
OPĆI PODACI o prebivalištu i djelatnosti osiguranika/ce u Švicarskoj

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)

Podaci o stalnom ili privremenom mjestu boravka u Švicarskoj nakon 1. siječnja 1948.

Za strance, navedite dozvolu boravka (sezonska, stanovnik pograničnog područja koji prelazi granicu radi posla, boravak na godinu dana)

Ort Mjesto	von od	bis do	Art der Bewilligung Vrsta dozvole

7.2. Angaben über Bildung, Beruf und ausgeübte Tätigkeit nach dem 1. Januar 1948
Podaci o obrazovanju, zvanju i djelatnosti obavljenoj nakon 1. siječnja 1948.

7.2.1. Besuchte Schulen

Pohađao/la sljedeće škole

7.2.2. Erlerner Beruf bildung

(Studium, Lehre, Anlehre
im Betrieb, usw.)

Izučeno zvanje

Vrsta profesionalne (stručne)
izobrazbe (studij, naukovanje,
interna kvalifikacija itd.)Name und Adresse der
Schule oder des/
Lehrmeisters/inNaziv i adresa
škole ili majstora

Dauer

von bis

trajanje

od do

Ausweis/Diplom

Dokaz/diploma

7.2.3. Erwerbstätige / Zaposlenici

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

(Podatak o bruto prihodu za sat/tjedan/mjesec za djelatnost, koju je obavljao/la posljednje 3 godine)

Ausgeübter Beruf obavljao/la zvanje	Arbeitgeber poslodavci	Ort Mjesto	von od	bis do	Bruttolohn bruto zarada

7.2.4. Nichterwerbstätige (im Haushalt tätige Personen, Studenten, usw.)
Nezaposleni (rad u kućanstvu, studenti, itd.)

Tätigkeiten / djelatnost	von / od	bis / do

7.2.5. Nebenbeschäftigungen
Sporedna zanimanja

Art der Tätigkeiten Vrsta djelatnosti	Arbeitgeber Poslodavci	Ort Mjesto	von od	bis do	Bruttolohn bruto zarada

7.3. Krankheits- oder unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit
Nesposobnost za rad zbog bolesti ili nesreće

7.3.1. voll / potpuna

Dauer / trajanje
von / od bis / do

Name und Adresse der Krankenkasse
bzw. der Unfallversicherung
Naziv i adresa bolesničke
blagajne odnosno osiguranja za
slučaj nesreće na poslu

7.3.2. teilweise

Stunden
djelomična
sati dnevno

Stunden
sati tjedno

Dauer / trajanje
von bis
od do

Name und Adresse der Krankenkasse
bzw. der Unfallversicherung
Naziv i adresa bolesničke blagajne
odn. osiguranja za slučaj nesreće na poslu

7.4. Arbeitslosigkeit
Nezaposlenost

7.4.1. voll (Arbeitsverhältnis aufgelöst)

potpuna (u slučaju da je raskinut radni odnos)

Dauer / trajanje
von bis
od do

Name und Adresse der Arbeitslosenkasse (ALV)
(wenn Arbeitslosenentschädigung bezahlt wurde)
Naziv i adresa blagajne za nezaposlene (ALV)
(u slučaju da se isplaćuje naknada za nezaposlenost)

7.4.2. teilweise (bei fortdauerndem Arbeitsverhältnis)
djelomična (u slučaju da radni odnos još traje)

Stunden		Tage		Dauer/trajanje		Name und Adresse der ALV- Kasse (wenn Arbeitslosenentschädigung bezahlt wurde) Naziv i adresa blagajne za nezaposlene (ako je uplaćivana naknada za slučaj nezaposlenosti)
Tag	Woche	Woche	Monat	von	bis	
Sati dnevno	Sati tjedno	Dana tjedno	Dana mjesečno	od	do	
<hr/>						
<hr/>						

8. ALLGEMEINE ANGABEN über den Wohnsitz des Ehegatten/der Ehegattin in der Schweiz
OPĆI PODACI o mjestu boravka bračnog druga u Švicarskoj

8.1. Angabe von Wohnsitz oder Aufenthalt des/der Ehegatten/in der Schweiz nach dem 1. Januar 1948.
Für Ausländer, Angabe der Aufenthaltsbewilligung (Saison, Grenzgänger, Niederlassung,
Jahresaufenthalt)
Podaci o mjestu boravka bračnog druga u Švicarskoj nakon 1. siječnja 1948.
Za strance, navedite dozvolu boravka (sezonska, za pogranične stanovnike, prijelaz granice radi
odlaska na posao, boravak na godinu dana)

Ort /mjesto	von /od	bis /do	Art der Bewilligung Vrsta dozvole
<hr/>			
<hr/>			
<hr/>			

9. ANGABEN ÜBER DIE BEHINDERUNG
PODACI O INVALIDNOSTI

9.1. Die Behinderung wurde herbeigeführt durch:
Invalidnost izazvana:

- Geburtsgebrechen? / prirodnom manom?
 Krankheit? / bolešću?
 Unfall? / nesrećom?

9.2. Nähere Angaben über die Art der Behinderung
Pobliži podaci o vrsti invalidnosti:

9.3. Seit wann besteht die Behinderung?
Od kada postoji invalidnost?

9.4. Wurde die Behinderung ganz oder teilweise durch eine Drittperson herbeigeführt? ja/da nein/ne
 Je li invalidnost u cijelosti ili djelomično uzrokovala treća osoba?

9.5. Steht der/die Versicherte in ärztlicher Behandlung?
 (Name des Hausarztes/ der Hausärztin unterstreichen)
 Tko je osiguranika liječio?
 (ime kućnog liječnika/liječnice podcrtajte)

9.5.1. zuletzt /u posljednje vrijeme	Dauer/trajanje	
Name und Adresse des Arztes	von	bis
oder des Spitals	od	do
Ime i adresa liječnika		Für welche Leichen?
ili naziv bolnice		Zbog kojih bolesti?

9.5.2. früher/ranije	Dauer/trajanje	
Name und Adresse des Arztes	von	bis
oder des Spitals	od	do
Ime i adresa liječnika		Für welche Leichen?
ili naziv bolnice		Zbog kojih bolesti?

9.6. Besitzt der/die Versicherte bereits Hilfsmittel (Prothesen, Rollstuhl usw.)? ja/da nein/ne
 Posjeduje li osiguranik/ca već neka pomagala (proteze, invalidska kolica itd.)?
 Wenn ja, genaue Bezeichnung /Ako posjeduje, navedite koja

Seit wann?/Od kada? _____

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.)?
 Je li osiguraniku/ci pri obavljanju svakodnevnih za život potrebnih poslova/radnji stalno potrebna pomoć trećih osoba ili nadgledanje (pri oblačenju i svlačenju, jelu, održavanju higijene itd.)?

ja/da nein/ne

9.8. Welche Versicherungsleistungen werden beansprucht?

(Zutreffendes ankreuzen und allenfalls unter Ziffer 9.9 näher bezeichnen)

Koja se davanja iz osiguranja traže?

(odgovarajuće označite križićem)

Berufsberatung/ stručni savjeti

Umschulung auf eine neue Tätigkeit/ prekvalifikacija za novi posao

Wiedereinschulung in die bisherige Tätigkeit/ rehabilitacija u istom zanimanju

Arbeitsvermittlung/ raspoređivanje na posao

Hilfsmittel (Prothesen, Rollstuhl usw.) Wenn ja, welche?/ Pomagala (proteze, invalidska kolica itd.)

Wenn ja, welche?/ Ako da, koja? _____

Gewünschte Lieferfirma/ Od kojeg dobavljača? _____

Besondere medizinische Eingliederungsmassnahmen/ Posebne mjere zdravstvene rehabilitacije

Rente (wird in der Regel nur gewährt, wenn keine Eingliederungsmassnahmen in Frage kommen)

Renta (u pravilu se odobrava samo kad nije moguća rehabilitacija)

9.9. Ergänzende Bemerkungen betreffend den Gesundheitsschaden und die Art der gewünschten Leistungen
Dopunske napomene u svezi s bolesti i vrste traženih davanja

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) verstand:

Provjereno zbog regresa sukladno br. 5.3., 9.1 i 9.4
Dopunski list R
(tiskanica 318.273.01 d) odnosno upit na SUVU/MV
(tiskanica 318.273.04 d) poslan:

ja/da nein/ne

Visum der prüfenden Person
Ovjera kontrolora

Es sind beizulegen:

Priložiti:

- sämtliche Versicherungsausweise der AHV/IV/ sve dokaze o osiguranju u švicarsko starosno, obiteljsko i invalidsko osiguranje
- sämtliche AHV-Markenhefte/ sve osiguraničke kartice ovjerene markama (AHV)
- Kopien der Aufenthaltsbevilligungen in der Schweiz/ preslike dozvola boravka u Švicarskoj
- schweizerische Arbeitszeugnisse/ švicarske potvrde o radu

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

Ako se ne prilože dokumenti iz kojih je vidljivo trajanje švicarskog staža osiguranja, za utvrđivanje staža će se primijeniti pojednostavljeni postupak.

Der Anmeldung sind, gegebenenfalls, amtliche Bestätigungen beizulegen:

Prijavi se, prema potrebi, prilažu sljedeće službene potvrde:

- Familienbüchlein des/der Versicherten - Obiteljska knjižica osiguranika/ce
- Staatsangehörigkeit des/der Versicherten - Potvrda o državljanstvu osiguranika/ce
- Geburtsdatum für alle in der Anmeldung erwarteten Personen - Rodni list za sve spomenute osobe
- Todesdatum für alle erwähnten verstorbenen Personen - Smrtni list za sve spomenute preminule osobe
- Scheidungsdatum für alle erwähnten geschiedenen Personen - Rješenje o razvodu braka za sve spomenute osobe
- Wohnsitz des/der Versicherten - Potvrda o mjestu boravka osiguranika/ce
- Heiratsdatum für alle in den Punkten 1, 2, 3.1 und 3.5 erwähnten Personen - Vjenčani list za sve osobe spomenute u točkama 1, 2, 3.1 i 3.5
- Abstammung oder Adoption - Rješenje o posvojenju
- Bestätigung der Vormund-bzw. Beistandschaftsbehörde - Potvrda skrbničkog tijela

Vollmacht
Punomoć

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, Treuhänderinnen - öffentliche

und private Versicherungen, Arbeitsstellen sowie private Fürsorgeeinrichtungen, den zuständigen Stellen der Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung die für die Durchführung des Rückgriff auf Dritte, gegen die dem/der Versicherten aus diesem Versicherungsfall Schadenersatzansprüche zustehen können, erforderlichen Auskünfte zu geben.

Potpisivanjem ove tiskanice osigurana osoba ili njezin/a zastupnik/ca opunomoćuje sve odgovarajuće osobe i službe, kućne liječnike, pomoćno medicinsko osoblje, bolnice, zdravstvene ustanove, bolesničke blagajne, poslodavce, odvjetnike i odvjetnice, povjerljive tvrtke, pravna i privatna osiguranja, službene urede kao i privatne skrbničke ustanove, da mjerodavnim službama starosnog, obiteljskog i invalidskog osiguranja daju potrebne obavijesti radi pojašnjenja zahtjeva i provjere prava osiguranika/ce na davanja te izvršenja (realizacije) naplate od trećih lica, u odnosu na koje osiguranik/ca ima pravo na naknadu štete iz ovog osiguranog slučaja.

Der/die Unterzeichende bestätigt, die Antworten vollständig und wahrheitsgetreu erteilt zu haben. Leistungen die auf Grund ungenauer Auskünfte oder Erklärungen zugesprochen wurden, sind zurückzuzahlen.

Potpisani potvrđuje da je na pitanja odgovorio potpuno i istinito.
Davanja dodijeljena na osnovi netočnih obavijesti morat će se vratiti.

Unterschrift des/der Versicherten oder des Vertreters/der Vertreterin
Potpis osiguranika/ce ili zastupnika/ce

Ort und Datum
Mjesto i datum

Sofern der/die Versicherte nicht selbst unterschreibt, Adresse des Vertreters/der Vertreterin
Ako osiguranik/ca ne potpisuje osobno, navedite adresu zastupnika/ce

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.
Nadležna služba kojoj se ovaj zahtjev predaje potvrđuje da su podaci o osiguraniku/ci od točke 1. do točke 4.1 ove tiskanice ispravni, i da su priloženi podnesci valjani.

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

Potpis i pečat nadležnog tijela
Za državljane Švicarske diplomatsko zastupstvo

Allfällige ergänzende Bemerkungen allgemeiner Art
Opće napomene

Beilagen:
Dodaci: