

Anmeldung für Minderjährige: Medizinische Massnahmen, Berufliche Massnahmen und Hilfsmittel



1. Beantragte Leistung

Welche Versicherungsleistungen werden beantragt?

- Medizinische Massnahmen, z. B. Geburtsgebrechen
- Massnahmen für die berufliche Eingliederung
- Hilfsmittel (Prothese, Rollstuhl usw.)

Welche Hilfsmittel?

Gewünschte Lieferfirma (bitte Rechnungskopien, Kostenvoranschläge beilegen)

2. Personalien

In welchem Land ist Ihr Wohnsitz?

2.1 Persönliche Angaben

Name

auch Name als ledige Person

Vornamen

alle Vornamen, den Rufnamen bitte in Grossbuchstaben

weiblich männlich

Geburtsdatum

TT, MM, JJJJ

AHV-Nummer

13-stellig. Die AHV-Nummer finden Sie auch auf Ihrer schweizerischen Krankenversicherungskarte.

Zivilstand

seit

TT, MM, JJJJ

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

Besteht eine Beistandschaft?

ja nein

Besteht eine Vormundschaft?

ja nein

Wenn ja, Name und Adresse des Beistandes bzw. Vormundes

Legen Sie dieser Anmeldung eine Kopie der Ernennungsurkunde zur Beistandschaft/Vormundschaft und die Beschreibung der Pflichten und Aufgaben bei.

2.4 Staatsangehörigkeit

Schweizer Bürgerinnen und Bürger
Heimatgemeinde/Kanton

Schweizer Bürgerrecht seit

TT, MM, JJJJ

Ausländische Staatsangehörige
Staatsangehörigkeit

Datum der Einreise in die Schweiz

TT, MM, JJJJ

2.5 Wer hat das Formular ausgefüllt?

- Die versicherte Person
 Eine Drittperson

Name, Vorname

E-Mail

Die versicherte Person hat der Einreichung dieses Antrags zugestimmt.

ja nein

3. Personalien der Eltern

3.1 Erstes Elternteil

3.1.1 Persönliche Angaben

Name

auch Name als ledige Person

Vornamen

alle Vornamen, den Rufnamen bitte in Grossbuchstaben

Geburtsdatum

TT, MM, JJJJ

AHV-Nummer

13-stellig. Die AHV-Nummer finden Sie auch auf Ihrer schweizerischen Krankenversicherungskarte.

Zivilstand

allfälliges Todesdatum

TT, MM, JJJJ

3.1.2 Gesetzlicher Wohnsitz mit genauer Adresse

Postleitzahl, Ort

Strasse, Hausnummer

Telefonnummer

E-Mail

3.1.3 Staatsangehörigkeit

Schweizer Bürgerinnen und Bürger
Heimatgemeinde/Kanton

Schweizer Bürgerrecht seit

TT, MM, JJJJ

Ausländische Staatsangehörige
Staatsangehörigkeit

Datum der Einreise in die Schweiz

TT, MM, JJJJ

3.2 Zweites Elternteil

3.2.1 Persönliche Angaben

Name

auch Name als ledige Person

Vornamen

alle Vornamen, den Rufnamen bitte in Grossbuchstaben

Geburtsdatum

TT, MM, JJJJ

AHV-Nummer

13-stellig. Die AHV-Nummer finden Sie auch auf Ihrer schweizerischen
Krankenversicherungskarte.

Zivilstand

allfälliges Todesdatum

TT, MM, JJJJ

3.2.2 Gesetzlicher Wohnsitz mit genauer Adresse

Postleitzahl, Ort

Strasse, Hausnummer

Telefonnummer

E-Mail

3.2.3 Staatsangehörigkeit

Schweizer Bürgerinnen und Bürger
Heimatgemeinde/Kanton

Schweizer Bürgerrecht seit

TT, MM, JJJJ

Ausländische Staatsangehörige
Staatsangehörigkeit

Datum der Einreise in die Schweiz

TT, MM, JJJJ

3.3 Sorgerecht

Bei getrennt lebenden oder geschiedenen Eltern: Wem steht das elterliche Sorgerecht zu?

Bitte legen Sie eine Kopie der Sorgerechtsregelung bei

- Gemeinsam Erstes Elternteil Zweites Elternteil

Bei unverheirateten Eltern oder bei gemeinsamem Sorgerecht: Wer soll als Korrespondenzempfänger vermerkt werden?

- Erstes Elternteil Zweites Elternteil

4. Angaben zur Ausbildung/Tätigkeit der versicherten Person

4.1 Gegenwärtig besuchte Schule

Bezeichnung und Adresse der Schule

seit

TT, MM, JJJJ

4.2 Früher besuchte Schule

Bezeichnung und Adresse der Schule

seit

TT, MM, JJJJ

4.3 Ausbildung

Befindet sich Ihr Kind in erstmaliger beruflicher Ausbildung oder steht ein Ausbildungsplatz in Aussicht?

ja nein

Art der Ausbildung

Beginn und Dauer der Ausbildung

Name der Lehrfirma oder Schulanstalt

Postleitzahl, Ort

Strasse, Hausnummer

Entstehen durch die Behinderung Mehrkosten für diese Ausbildung?

ja nein

Genauere Angabe der Mehrkosten im Einzelnen

4.4 Erwerbstätigkeit

War Ihr Kind bereits erwerbstätig?

ja nein

Art der Erwerbstätigkeit

Adresse der Arbeitgebenden

von / bis

5. Allgemeine Angaben

5.1 Frühere Anmeldungen

Wurde für Ihr Kind bereits einmal eine Anmeldung zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung eingereicht?

ja nein

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

5.2 Versicherungen

Ist Ihr Kind angemeldet bzw. erhält Leistungen

der SUVA?

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

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

5.3 Krankenkasse

Bei welcher Krankenkasse ist Ihr Kind versichert (Grundversicherung)?

Name und Adresse

5.4 Behörden und Institutionen

Welche Behörden oder Institutionen haben sich bereits mit der Behinderung befasst? (Schulbehörden, Schulpsychologischer Dienst, Erziehungsberatung, Berufsberatungsstellen, öffentliche und private Fürsorgestellen, Arbeitsämter, SUVA usw.)

Name und Ort dieser Stellen

Zeitpunkt

6. Angaben zur gesundheitlichen Beeinträchtigung

6.1 Nähere Angaben zur Art der gesundheitlichen Beeinträchtigung

Seit wann besteht die gesundheitliche Beeinträchtigung?

MM, JJJJ

6.2 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 Sorgfaltspflichtverletzung, Infekt in einem Spital, Schädigung durch Tiere, durch Produkte, Suizidversuch, usw.)
- eine Krankheit

Ergänzende Bemerkungen zum Ereignis

6.3 Arzt, Spital oder Pflegeheim

Bitte geben Sie uns hier Ihren Hausarzt sowie weitere behandelnde Ärzte, Spitäler oder Pflegeheime an.

Name und Adresse

Fachrichtung

Für welche Leiden?

In Behandlung von

In Behandlung bis

TT, MM, JJJJ

TT, MM, JJJJ

Name und Adresse

Fachrichtung

Für welche Leiden?

In Behandlung von

In Behandlung bis

TT, MM, JJJJ

TT, MM, JJJJ

6.4 Hilfsmittel

Besitzt Ihr Kind bereits Hilfsmittel? (z. B. Prothesen, Rollstuhl)

ja nein

Wenn ja, welche

seit

TT, MM, JJJJ

6.5 Ergänzende Bemerkungen

7. Zahlungsverbindung

Bankkonto Postkonto

lautend auf

Name/Vorname

IBAN

Name und Adresse der Bank

Ermächtigung zur Erteilung von Auskünften

Mit der Geltendmachung des Leistungsanspruchs 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 der Anmeldung nicht namentlich erwähnten Arbeitgeber, Leistungserbringer nach den Artikeln 36–40 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG), Versicherungen und Amtsstellen sind verpflichtet, 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. Sie werden über den Kontakt zu diesen Personen und Stellen in Kenntnis gesetzt.

Mit der Geltendmachung des Leistungsanspruchs 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.

Mitwirkungspflicht

Die versicherte Person verpflichtet sich, alles ihr Zumutbare zu unternehmen, um die Dauer und das Ausmass der Arbeitsunfähigkeit zu verringern und den Eintritt einer Invalidität zu verhindern. Im Weiteren nimmt sie zur Kenntnis, dass sie an allen zumutbaren Massnahmen aktiv teilnehmen muss.

Wahrheitsgetreue und vollständige Angaben

- Mit dem Versand dieses Formulars, bestätigt die Person, die die Anmeldung ausgefüllt hat, dass sämtliche Angaben und die dazugehörigen Beilagen wahrheitsgetreu und vollständig sind.

Datum

Bemerkungen

Beilagen

Beilagen zum Formular

- Kopie eines amtlichen Personalausweises (z. B. Familienbüchlein, Personenstandsausweis oder Familienausweis, Meldebestätigung, Reisepass, Partnerschaftsurkunde), aus dem die Personalien aller in dieser Anmeldung genannten Personen ersichtlich sind
- Für ausländische Staatsangehörige: Kopie Ihres Ausländerausweises
- Kopien Ausbildungsbescheinigungen und Belege von Lehrbetrieben, Hochschulen und Arbeitgebenden
- Rechnungskopien oder Kostenvoranschläge für Hilfsmittel
- Kopie der Ernennungsurkunde Beistandschaft/Vormundschaft
- Kopie Beschreibung der Pflichten und Aufgabe des Beistandes
- Kopie Arztzeugnisse/Arztbericht
- Todesschein
- Sorgerechtsregelung
- Andere