

**Ihre Anmeldung:
Danke für sorgsames Ausfüllen**

Dieser Fragebogen ist für die Anmeldung bestimmt. Wir können Ihren Antrag prüfen, wenn er vollständig und genau ausgefüllt ist. Fragen Sie bei Unklarheiten nach. Wir verlieren wertvolle Zeit, wenn das Anmeldeformular nicht korrekt ausgefüllt ist oder Unterlagen fehlen.

Unsere Empfehlung zum Ausfüllen:

- 1** Lesen Sie den Fragebogen zuerst in Ruhe durch.
- 2** Markieren Sie sich die Fragen, die Ihnen unklar sind.
- 3** Beachten Sie, dass es Antworten gibt, die Sie mit Unterlagen ergänzen müssen. Stellen Sie diese Unterlagen zusammen, bevor Sie die Anmeldung ausfüllen.

Drei Fragen nach dem Ausfüllen der Anmeldung:

- Sind alle Fragen vollständig beantwortet?
- Ist der Fragebogen unterschrieben?
- Haben Sie alle erforderlichen Unterlagen beigelegt?

Sie können diesen Fragebogen auch auf unserer Website herunterladen.

Wenn Sie bei der Beantwortung Hilfe brauchen, rufen Sie uns einfach an. Wir geben Ihnen gerne Auskunft.

Wir grüssen Sie freundlich.

Anmeldung für Erwachsene: Berufliche Integration/Rente

Welche Versicherungsleistungen beantragen Sie?

Massnahmen für die berufliche Eingliederung

Rente (wird geprüft, wenn keine Eingliederungsmassnahmen in Frage kommen)

1. Personalien

> 1.1

Familiename (bei Verheirateten oder Verwitweten auch Name als ledige Person)

> 1.2

Vornamen (alle Vornamen, den Rufnamen bitte unterstreichen)

weiblich

männlich

> 1.3

Geburtsdatum (Tag/Monat/Jahr)

AHV-Nummer

> 1.4

Gesetzlicher Wohnsitz mit genauer Adresse

Postleitzahl, Ort

Strasse, Hausnummer

Telefonnummer

Mobile

Aktueller Aufenthaltsort (falls abweichend vom gesetzlichen Wohnsitz, z.B. Spital- oder Heimaufenthalt)

Name der Institution

Postleitzahl, Ort

Strasse, Hausnummer

> 1.5

Besteht Vormundschaft?

ja

nein

Beistandschaft?

ja

nein

Wenn ja, Name und Adresse des Vormundes bzw. des Beistandes

Sitz der Vormundschaftsbehörde

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

> 1.6

Heimat für Schweizer Bürgerinnen und Bürger

Heimatgemeinde/Kanton

Schweizer Bürgerrecht seit

Heimat für ausländische Staatsangehörige

Staatsangehörigkeit

Datum der Einreise in die Schweiz

> 1.7

Zivilstand (Zutreffendes ankreuzen bzw. alle Daten genau angeben)

ledig

verheiratet

verwitwet

geschieden

richterlich getrennt

eingetragene Partnerschaft

durch Tod aufgelöste Partnerschaft

gerichtlich aufgelöste Partnerschaft

richterlich getrennte Partnerschaft

seit

Frühere Ehe(n) bzw. eingetragene Partnerschaft(en)
 seit durch Tod aufgelöst seit gerichtlich aufgelöst seit richterlich getrennt seit

1.				
2.				
3.				

2. Personalien der Ehepartnerin/des Ehepartners bzw. der eingetragenen Partnerin/des eingetragenen Partners

> 2.1

Familienname (bei Verheirateten oder Verwitweten auch Name als ledige Person)

--

> 2.2

Vornamen (alle Vornamen, den Rufnamen bitte unterstreichen)

--

> 2.3

Geburtsdatum (Tag/Monat/Jahr)

AHV-Nummer

--	--

> 2.4

Heimat für Schweizer Bürgerinnen und Bürger

Heimatgemeinde/Kanton

Schweizer Bürgerrecht seit

--	--

Heimat für ausländische Staatsangehörige

Staatsangehörigkeit

Datum der Einreise in die Schweiz

--	--

3. Kinder

Angaben aller Kinder, für die Kinderrenten zur Invalidenrente oder Erziehungsgutschriften beantragt werden

> 3.1

Eigene Kinder (auch Adoptivkinder)

Familienname, Vorname

Geburtsdatum

Allf. Todesdatum

Geschlecht

AHV-Nummer

Tag/Monat/Jahr

Tag/Monat/Jahr

m oder w

Familienname, Vorname	Geburtsdatum Tag/Monat/Jahr	Allf. Todesdatum Tag/Monat/Jahr	Geschlecht m oder w	AHV-Nummer

> 3.2

In der Familie lebende Stiefkinder

Familienname, Vorname

Geburtsdatum

Allf. Todesdatum

Geschlecht

AHV-Nummer

Tag/Monat/Jahr

Tag/Monat/Jahr

m oder w

Familienname, Vorname	Geburtsdatum Tag/Monat/Jahr	Allf. Todesdatum Tag/Monat/Jahr	Geschlecht m oder w	AHV-Nummer

> **3.3**

Pflegekinder

Familienname, Vorname

Geburtsdatum
Tag/Monat/Jahr

Allf. Todesdatum
Tag/Monat/Jahr

Geschlecht
m oder w

AHV-Nummer

Familienname, Vorname	Geburtsdatum Tag/Monat/Jahr	Allf. Todesdatum Tag/Monat/Jahr	Geschlecht m oder w	AHV-Nummer

4. Allgemeine Angaben

> **4.1**

Hatten Sie Ihren Wohnsitz ausserhalb der Schweiz?

ja

nein

vom (Monat/Jahr)

bis (Monat/Jahr)

in (Staat)

vom (Monat/Jahr)	bis (Monat/Jahr)	in (Staat)

> **4.2**

Bei verheirateten, verwitweten und geschiedenen Personen bzw. Personen in bestehender, durch Tod oder gerichtlich aufgelöster Partnerschaft:

Hatte die Partnerin/der Partner Wohnsitz ausserhalb der Schweiz?

ja

nein

vom (Monat/Jahr)

bis (Monat/Jahr)

in (Staat)

vom (Monat/Jahr)	bis (Monat/Jahr)	in (Staat)

> **4.3**

Haben Sie ausserhalb der Schweiz gearbeitet?

ja

nein

vom (Monat/Jahr)

bis (Monat/Jahr)

in (Staat)

vom (Monat/Jahr)	bis (Monat/Jahr)	in (Staat)

Haben Sie in einem EU-Staat (Zutreffendes bitte ankreuzen)

eine unselbständige Erwerbstätigkeit ausgeübt?

eine selbständige Erwerbstätigkeit ausgeübt?

ein Studium absolviert?

Militärdienst geleistet?

> **4.4**

Haben Sie oder Ihre Ehepartnerin/Ihr Ehepartner bzw. Ihre eingetragene Partnerin/Ihr eingetragener Partner bereits eine Anmeldung zum Bezug von Leistungen der IV eingereicht?

ja

nein

Wenn ja, bei welcher IV-Stelle?

--

> **4.5**

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

> **4.5.1**

Für Sie?

ja

nein

Wenn ja, welche?

> **4.5.2**

Für Ihre Ehepartnerin/Ihren Ehepartner bzw. Ihre eingetragene Partnerin/Ihren eingetragenen Partner?

ja

nein

Wenn ja, welche?

> **4.5.3**

Für Ihre Kinder?

ja

nein

Wenn ja, welche?

> **4.5.4**

Wenn ja, bei welcher IV-Stelle oder Ausgleichskasse?

> **4.6**

Sind Sie angemeldet bzw. erhalten Sie Leistungen von (z.B. ärztliche Behandlung, Eingliederungsmassnahmen, Taggeld, Rente, Hilfsmittel) einer Krankentaggeldversicherung der SUVA?
einer anderen Versicherung im Rahmen der obligatorischen Unfallversicherung?
der Militärversicherung?

> **4.6.1**

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

> **4.6.2**

Referenz (z.B. Unfall-, Schaden-, Krankentaggeld- oder Renten-Nummer)

> **4.7**

Bei welcher Krankenkasse sind Sie versichert (Grundversicherung)?

> **4.8**

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

Name und Adresse der Vorsorgeeinrichtung

> **4.9**

Werden Sie durch die Sozialhilfe finanziell unterstützt?

ja

nein

Wenn ja, Name und Adresse der Sozialhilfestelle

5. Angaben über Bildung, Beruf und bisherige Tätigkeit

> 5.1

Besuchte Schulen (ohne solche zum Zweck der beruflichen Ausbildung; diese sind unter Ziffer 5.2 anzuführen)

> 5.2

Erlerner Beruf

Art der Berufsausbildung

(Studium, Lehre, Anlehre
im Betrieb usw.)

Dauer
von

bis

Ausweis (Fähigkeits-
ausweis/Diplom usw.)

--	--	--	--

Name und Adresse der Lehranstalt oder der Lehrmeisterin/des Lehrmeisters

--

> 5.3

Muttersprache

--

Haben Sie Fremdsprachenkenntnisse?

Wenn ja, welche?

--

Besitzen Sie einen Führerausweis?

Wenn ja, für welche Kategorien?

--

Verfügen Sie über EDV-Kenntnisse?

Wenn ja, welche Anwendungen?

--

Verfügen Sie über weitere spezielle Kenntnisse?

Wenn ja, über welche?

--

> 5.4

Erwerbstätige

Haupt- oder Teilbeschäftigung (die Angaben sind für die letzten 3 Jahre vor Einreichung der Anmeldung zu machen)

Art der Beschäftigung

Pensum in %

--	--

Name und Adresse des Arbeitgebenden

--

Dauer von

bis

Bruttoeinkommen CHF (Stunde, Woche, Monat)

--	--	--

Art der Beschäftigung		Pensum in %
Name und Adresse des Arbeitgebenden		
Dauer von	bis	Bruttoeinkommen CHF (Stunde, Woche, Monat)
Art der Beschäftigung		Pensum in %
Name und Adresse des Arbeitgebenden		
Dauer von	bis	Bruttoeinkommen CHF (Stunde, Woche, Monat)

> **5.5 Nebenbeschäftigungen**

Art der Beschäftigung		Pensum in %
Name und Adresse des Arbeitgebenden		
Dauer von	bis	Bruttoeinkommen CHF (Stunde, Woche, Monat)
Art der Beschäftigung		Pensum in %
Name und Adresse des Arbeitgebenden		
Dauer von	bis	Bruttoeinkommen CHF (Stunde, Woche, Monat)

> **5.6 Nichterwerbstätige**

Art der Beschäftigung (Hausfrau/Hausmann, Student/Studentin usw.)		Dauer von	bis

> **5.7 Krankheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit**

Dauer von	bis	in Prozent	Name und Adresse der Krankenversicherung

> **5.8 Unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit**

Dauer von	bis	in Prozent	Name und Adresse der Unfallversicherung

> **5.9**
Arbeitslosigkeit

voll (Arbeitsverhältnis aufgelöst)

Dauer von _____ bis _____

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

Dauer von _____ bis _____

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

teilweise (bei fortdauerndem Arbeitsverhältnis)

in Prozent _____ Dauer von _____ bis _____

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

6. Angaben zur gesundheitlichen Beeinträchtigung

> **6.1**

Wurde die gesundheitliche Beeinträchtigung herbeigeführt durch
Geburtsgebrechen? _____ Krankheit? _____ Unfall? _____

> **6.2**

Nähere Angaben über die Art der gesundheitlichen Beeinträchtigung

> **6.3**

Seit wann besteht die gesundheitliche Beeinträchtigung?

> **6.4**

Wurde die gesundheitliche Beeinträchtigung ganz oder teilweise durch Einwirkung Dritter (z.B. Autounfall) herbeigeführt?
ja _____ nein _____

> **6.5**

Bei wem stehen Sie zurzeit in Behandlung?

Name und Adresse des Hausarztes/der Hausärztin

von _____ bis _____ Für welche Leiden?

Name und Adresse des Spezialarztes/der Spezialärztin bzw. des Spitals oder Pflegeheims

Fachrichtung

von _____ bis _____ Für welche Leiden?

Name und Adresse des Spezialarztes/der Spezialärztin bzw. des Spitals oder Pflegeheims

Fachrichtung

von bis Für welche Leiden?

7. Auszahlung

Wie wünschen Sie die Auszahlung?

auf ein persönliches Bankkonto (genaue Bezeichnung, z.B. Privatkonto, Sparkonto)

Name und Adresse der Bank bzw. Bankfiliale

Nr.

lautend auf (Name/Vorname)

Postkonto-Nr. der Bank

Banken-Clearing-Nr.

auf Postkonto

Postkonto-Nr.

8. Ergänzende Bemerkungen

> 8.1

Angehörige

Werden von der Ehepartnerin/vom Ehepartner bzw. von der eingetragenen Partnerin/vom eingetragenen Partner oder von Kindern eigene Leistungen der Invalidenversicherung beansprucht, so ist je ein besonderes Formular auszufüllen.

Information: Wann besteht ein 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.

> 8.2

Beitragszeiten

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

- ausländische Staatsangehörige und
- Personen, die das Schweizer Bürgerrecht 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, Aufenthaltsbewilligung 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.

9. Einreichungsstellen für die Anmeldung

Die Anmeldung ist der IV-Stelle des Wohnsitzkantons zuzustellen.

10. 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.

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

11. 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.

12. Unterschrift/Beilagen

Der/die Unterzeichnete bestätigt, sämtliche Angaben in diesem Formular und den dazugehörenden 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

Ihre Beilagen und ergänzende Bemerkungen

Der Anmeldung sind beizulegen:

- **Sämtliche Versicherungsausweise** der AHV/IV der leistungsberechtigten Personen in Kopie
- **Kopie eines amtlichen Personalausweises** (z.B. Familienbüchlein, Personenstandsausweis oder Familienschein, Schriftenempfangsschein, Reisepass), aus dem die Personalien aller in dieser Anmeldung genannten Personen ersichtlich sind
- **Für ausländische Staatsangehörige:** Kopie Ihres Ausländerausweises
- **Gegebenenfalls sind beizulegen:** Ausbildungsbescheinigungen und Belege von Lehranstalten und Arbeitgebenden, Arztzeugnisse, Kopie des Scheidungs- oder Trennungsurteils oder der gerichtlich genehmigten Scheidungs- oder Trennungskonvention bzw. analoger Dokumente bei eingetragenen Partnerschaften, Kopien der Geburtsscheine der Kinder, Lebensbescheinigung, Todesschein, Bestätigung der Vormundschaftsbehörde, Ernennungsurkunde zur Beistandschaft