



2.2 <b>Mutter</b>	Auch Mädchennamen angeben	Leer lassen
2.2.1 Familienname und Vornamen		
	Tag, Monat, Jahr	
2.2.2 Geburtsdatum		
	Auch Datum der Zivilstandsänderung angeben	
2.2.3 Zivilstand		
	Gemeinde und Kanton, bei Ausländern/Ausländerinnen Staatsangehörigkeit und Geburtsort	
2.2.4 Heimatort		
	Tag, Monat, Jahr	
2.2.5 Allfälliges Todesdatum		
	Tag, Monat, Jahr	
2.2.6 Aufenthalt in der Schweiz seit		
	Nur von Ausländern/Ausländerinnen und Rückwanderern/Rückwanderinnen zu beantworten	
	Strasse, Hausnummer, nähere Ortsbezeichnung mit Postleitzahl, politische Gemeinde, Kanton	
2.2.7 Adresse		
PLZ	Tel.-Nr.	
Nur von Getrenntlebenden zu beantworten		
2.3 Bei getrenntlebenden Eltern: Welchem Teil steht die elterliche Gewalt zu?		

### 3. Angaben über die bisherige Tätigkeit des/der Versicherten

3.1 Besuchte Schulen	Bezeichnung und Adresse der Schule bzw. Anstalt	Seit wann? (Monat und Jahr)
3.1.1 gegenwärtig	Bezeichnung und Adresse der Schule bzw. Anstalt	Von wann bis wann? (Monat und Jahr)
3.1.2 früher		
3.2 Befindet sich der/die Versicherte in erstmaliger beruflicher Ausbildung, oder steht ein Ausbildungsplatz in Aussicht? ja      nein      Wenn ja,		
3.2.1 Art der Ausbildung		
3.2.2 Beginn und Dauer der Ausbildung		
3.2.3 Adresse der Lehrfirma oder Schulanstalt		
3.2.4 Entstehen durch die Behinderung Mehrkosten für diese Ausbildung? ja      nein Wenn ja, welcher Art sind diese Kosten? (z.B. auswärtige Unterkunft oder Verpflegung, invaliditätsbedingte Reisespesen) Genaue Angabe der Mehrkosten im einzelnen (nähere Begründung unter Ziffer 5.9 angeben)	Höhe der Mehrkosten pro Jahr	
3.3 War der/die Versicherte bereits erwerbstätig? ja      nein      Wenn ja, bitte angeben: Art der Erwerbstätigkeit	Adresse der Arbeitgebenden	Von wann bis wann?
3.4 Hat der/die Versicherte in ausländischen staatlichen Rentenversicherungen Beitrags- bzw. Versicherungszeiten zurückgelegt? ja      nein Wenn ja, in welchen?		

#### 4. Allgemeine Angaben

- 4.1 Wurde für die versicherte Person bereits eine Anmeldung zum Bezug von Leistungen der IV eingereicht? ja nein  
Wenn ja:
- 4.1.1 Name und Adresse der Einreichungsstelle (IV-Stelle, Ausgleichskasse): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- 4.2 Werden zugunsten des/der Versicherten Leistungen (z.B. ärztliche Behandlung, Eingliederungsmassnahmen, Taggeld, Rente, Hilfsmittel) ausgerichtet oder sind solche verlangt worden bei  
– der SUVA? ja nein  
– einer anderen Versicherung im Rahmen der obligatorischen Unfallversicherung? ja nein  
– der Militärversicherung? ja nein  
Wenn ja:
- 4.2.1 Name und Adresse der Versicherung (bzw. der zuständigen Agentur):  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- 4.2.2 Referenz (z.B. SUVA-, Unfall-, MV-Nummer): \_\_\_\_\_
- 4.3 Bei welcher Krankenkasse ist der/die Versicherte versichert (Grundversicherung)? \_\_\_\_\_
- 4.4 Welche Behörden oder Institutionen haben sich mit der Behinderung des/der Versicherten schon befasst?  
Name und Ort dieser Stellen (Schulbehörden, Berufsberatungsstellen, öffentliche und private Fürsorgestellen, Arbeitsämter, SUVA usw.) \_\_\_\_\_  
Wann? (Monat und Jahr) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- 4.5 Auszahlung  
Wie wünschen Sie, dass die Geldleistung ausbezahlt wird?  
Auf ein **persönliches Bankkonto** (genaue Bezeichnung, z.B. Sparkonto, Depositenkonto, Sparheft)  
Nr. \_\_\_\_\_  
bei der (Name und Adresse der Bank bzw. Bankfiliale) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
lautend auf: (Namen, Vornamen) \_\_\_\_\_  
Postkonto-Nr. der Bank \_\_\_\_\_ Banken-Clearing-Nr. \_\_\_\_\_  
Auf **Postkonto** Nr. \_\_\_\_\_  
Die Auszahlung der Geldleistung erfolgt in der Regel nur noch auf ein Bank- oder Postkonto. Auf besonderen Antrag kann die Geldleistung hingegen auch bar ausbezahlt werden.  
Begehren auf Auszahlung der Geldleistung an Drittpersonen oder Behörden müssen auf besonderem Formular gestellt und begründet werden

#### 5. Angaben über die Behinderung

(ergänzende Bemerkungen unter Ziffer 5.8 anbringen)

- 5.1 Wurde die Behinderung herbeigeführt durch: Geburtsgebrechen Krankheit Unfall  
5.2 Nähere Angaben über die Art der Behinderung  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

5.3 Seit wann besteht die Behinderung?

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

5.5 Wer hat die versicherte Person ärztlich behandelt? (Namen des Hausarztes/der Hausärztin unterstreichen)

5.5.1 zuletzt

Name und Adresse des Arztes/der Ärztin  
bzw. des Spitals oder Pflegeheims

Von wann bis wann?  
(Monat und Jahr)

Für welche Leiden?

5.5.2 früher

Name und Adresse des Arztes/der Ärztin  
bzw. des Spitals oder Pflegeheims

Von wann bis wann?  
(Monat und Jahr)

Für welche Leiden?

5.6 Besitzt der/die Versicherte bereits Hilfsmittel (Prothesen, Rollstuhl usw.)? ja nein

Wenn ja, genaue Bezeichnung: \_\_\_\_\_

Seit wann? \_\_\_\_\_

5.7 Welche Versicherungsleistungen werden beansprucht?

(Zutreffendes ankreuzen und allenfalls unter Ziffer 5.8 näher bezeichnen)

Medizinische Massnahmen (z.B. bei Geburtsgebrechen)

Beiträge an die Sonderschulung. Welche Sonderschule ist vorgesehen und von welchem Zeitpunkt an?

Hilflosenentschädigung für Minderjährige (allenfalls mit Intensivpflegezuschlag)

Berufsberatung

Beiträge an die Mehrkosten der erstmaligen beruflichen Ausbildung

Arbeitsvermittlung

Hilfsmittel (Prothesen, Rollstuhl usw.) Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Gewünschte Lieferfirma \_\_\_\_\_

5.8 Ergänzende Bemerkungen über die Behinderung und über die vorgesehenen Massnahmen (Ziffern 5–5.7)

5.9 Allfällige ergänzende Bemerkungen allgemeiner Art

## **Vollmacht**

Mit der Unterzeichnung dieses Formulars ermächtigt der gesetzliche Vertreter/die Vertreterin des/der Versicherten bzw. der/die Versicherte alle in Betracht fallenden Personen und Stellen, also namentlich Ärzte und Ärztinnen, medizinische Hilfspersonen, Spitäler, Heilanstalten, Krankenkassen, Arbeitgebende, Anwälte und Anwältinnen, Treuhandfirmen, öffentliche und private Versicherungen, Amtsstellen sowie private Sozialhilfeeinrichtungen, 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 Unterzeichnete bestätigt, die Antworten wahrheitsgetreu und vollständig erteilt zu haben.

Datum \_\_\_\_\_

### **Beilagen:**

Unterschrift des gesetzlichen Vertreters/der Vertreterin des/der Versicherten bzw. des/der volljährigen Versicherten

---

---

---

---

### **Der Anmeldung sind beizulegen:**

- **Versicherungsausweis AHV-IV** (sofern der/die Versicherte bereits einen solchen besitzt)
  - **Personalausweis** (z.B. Geburtsschein, Familienbüchlein, Heimatschein, Niederlassungs- oder Aufenthaltsbewilligung, Schriftenempfangsschein, Reisepass, Ausländerausweis)
- 

## **Zur Beachtung**

### **a. Renten und Hilflosenentschädigungen für Volljährige**

Volljährige Versicherte, die Anspruch auf eine Rente oder Hilflosenentschädigung erheben, füllen zusätzlich das Anmeldeformular für Erwachsene aus. Eine Rente bzw. Hilflosenentschädigung für Volljährige kann frühestens vom ersten Tag des der Vollendung des 18. Altersjahres folgenden Monats an gewährt werden. Eine Rente kann zudem in der Regel nur dann ausgerichtet werden, wenn keine Eingliederungsmassnahmen in Frage kommen.

### **b. Ausländische Staatszugehörigkeit**

Für Versicherte mit ausländischer Staatszugehörigkeit genügen die Angaben in diesem Formular nicht. Die Versicherungsorgane werden noch weitere Unterlagen einverlangen.

### **c. Einreichungsstelle für die Anmeldung**

Die Anmeldung ist der zuständigen IV-Stelle zuzustellen. Sie kann auch bei der AHV-Ausgleichskasse (Adresse siehe letzte Seiten im Telefonbuch) oder einer ihrer Zweigstellen eingereicht werden.

### **d. Durchführung von Eingliederungsmassnahmen**

Grundsätzlich hat die Anmeldung für Eingliederungsmassnahmen vor deren Durchführung zu erfolgen, und zwar so rechtzeitig, dass die IV-Stelle zum Begehr des/der Versicherten vor Durchführungsbeginn Stellung nehmen und die Leistung zusprechen kann.