

Eidgenössische Invalidenversicherung (IV)
**Anmeldung für Erwachsene:
Hilflosenentschädigung IV**

Kanton auswählen

**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.

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

Wir grüssen Sie freundlich.

Anmeldung für Erwachsene: Hilflosenentschädigung IV

1. Personalien

> 1.1

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

> 1.2

Vornamen (alle Vornamen, den Rufnamen bitte in Grossbuchstaben)

Geschlecht

> 1.3

Geburtsdatum

AHV Nummer

> 1.4

Gesetzlicher Wohnsitz mit genauer Adresse

Postleitzahl, Ort

Strasse, Hausnummer

Telefonnummer

Mobil

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

Name der Institution

Postleitzahl, Ort

Strasse, Hausnummer

Bei Spital- oder Heimaufenthalt

Datum des Eintritts

> 1.5

Besteht eine Beistandschaft?

ja

nein

Besteht ein Vorsorgeauftrag nach ZGB 360ff?

ja

nein

Wenn ja, Name und Adresse des Beistandes/Vertreters

Sitz der zuständigen Schutzbehörde

> 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

seit?

2. Allgemeine Angaben

> 2.1

Haben Sie bereits eine Anmeldung zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung eingereicht?

ja

nein

Wenn ja, bei welcher IV-Stelle?

> **2.2**

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

> **2.2.1**

Für Sie?

ja nein

Wenn ja, welche?

> **2.2.2**

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

ja nein

Wenn ja, welche?

> **2.2.3**

Für Ihre Kinder?

ja nein

Wenn ja, welche?

> **2.2.4**

Wenn ja, bei welcher IV-Stelle oder Ausgleichskasse?

3. Angaben zur gesundheitlichen Beeinträchtigung

> **3.1**

Wurde die Hilflosigkeit herbeigeführt durch

Geburtsgebrechen? Krankheit? Unfall?

Wurde die Hilflosigkeit ganz oder teilweise durch Einwirkung Dritter (z. B. Autounfall) herbeigeführt?

ja nein

Wenn ja, geben Sie bitte Name und Adresse Ihrer Unfallversicherung an

> **3.2**

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

von

bis

Für welche Leiden?

4. Angaben zur Hilflosigkeit

4.1 Sind Sie bei den folgenden alltäglichen Verrichtungen wegen Ihrer Hilflosigkeit und trotz Hilfsmitteln regelmässig in erheblicher Weise auf die direkte („physische“) oder indirekte (Anweisungen) Hilfe Dritter angewiesen?

| | ja | nein | seit (Monat/Jahr) | Art und Häufigkeit der Hilfe (genaue Beschreibung) |
|---|--------------------------|--------------------------|-------------------|--|
| 4.1.1 Ankleiden/Auskleiden | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| | | | | |
| | | | | |
| 4.1.2 Aufstehen/Absitzen/Abliegen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| | | | | |
| | | | | |
| 4.1.3 Essen (normal zubereitete Mahlzeiten) | | | | |
| – Muss das Essen aus gesundheitlichen Gründen ans Bett gebracht werden? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| | | | | |
| – Muss die Nahrung zerkleinert werden? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| | | | | |
| – Muss die Nahrung zum Mund geführt werden? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| | | | | |
| – Können Sie nur spezielle Nahrung aufnehmen (pürierte Nahrung, Sondennahrung)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| | | | | |
| 4.1.4 Körperpflege | | | | |
| – Waschen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| | | | | |
| – Kämmen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| | | | | |
| – Rasieren | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| | | | | |
| – Baden/Duschen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| | | | | |
| 4.1.5 Verrichtung der Notdurft | | | | |
| – Ordnen der Kleider (vor und nach Verrichtung der Notdurft) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| | | | | |
| – Körperreinigung/Überprüfung der Reinlichkeit | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| | | | | |
| – Unübliche Art der Verrichtung der Notdurft (z. B. Hilfe infolge Katheterisierung) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| | | | | |
| 4.1.6 Fortbewegung | | | | |
| – in der Wohnung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| | | | | |
| – im Freien | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| | | | | |
| – Pflege gesellschaftlicher Kontakte | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| | | | | |

> **4.2**

Benötigen Sie dauernde medizinisch-pflegerische Hilfe (beispielsweise tägliches Verabreichen von Medikamenten, Wechseln von Bandagen usw.)?

- ja tagsüber nachts
 nein

Wenn ja, in welcher Form und in welchen Bereichen?

Seit wann besteht die Pflegebedürftigkeit in diesem Umfang?

Monat/Jahr

> **4.3**

Von wem wurde/wird die Hilfe geleistet (vor bzw. nach Spital- oder Heimeintritt)?

Name/Institution

Postleitzahl, Ort

Strasse, Hausnummer

> **4.4**

Müssen Sie persönlich überwacht werden?

- ja tagsüber nachts
 nein

Wenn ja, in welcher Form und in welchen Bereichen?

Seit wann besteht die Pflegebedürftigkeit in diesem Umfang?

Monat/Jahr

Wer besorgt die Überwachung?

Name/Institution

Postleitzahl, Ort

Strasse, Hausnummer

> **4.5**

Sind Sie bettlägerig?

- ja nein

Für durchschnittlich wie viele Stunden pro Tag können Sie das Bett verlassen?

> **4.6**

Sind Hilfsmittel vorhanden?

- ja nein

Wenn ja, welche?

5. Angaben zur lebenspraktischen Begleitung für Erwachsene, die nicht in einem Heim wohnen

> 5.1

Sind Sie wegen gesundheitlicher Beeinträchtigungen dauernd und regelmässig auf eine lebenspraktische Begleitung angewiesen?

ja nein

Nur wenn ja:

> 5.2

Sind Hilfeleistungen erforderlich, die das selbständige Wohnen ermöglichen?

ja nein

Wenn ja, seit wann und in welcher Form?

> 5.3

Ist eine Begleitung nötig für Erledigungen und Kontakte ausserhalb der Wohnung?

ja nein

Wenn ja, seit wann und in welcher Form?

> 5.4

Ist zur Verhinderung einer dauernden Isolation von der Aussenwelt eine regelmässige Anwesenheit einer Drittperson erforderlich?

ja nein

Wenn ja, seit wann und in welcher Form?

> 5.5

Auszufüllen bei Begehren um eine Hilflosenentschädigung und einem Bedarf an lebenspraktischer Begleitung aufgrund einer psychischen Behinderung:

Hat sich bereits ein spezialisierter Dienst mit Ihnen befasst (z. B. Sozialpsychiatrischer Dienst, Beratungsstelle usw.)?

ja nein

Name/Institution

Postleitzahl, Ort

Strasse, Hausnummer

> 5.6

Wer leistet Hilfe in Form der Begleitung?

Name/Institution

Postleitzahl, Ort

Strasse, Hausnummer

Wie viele Stunden
pro Woche?

seit wann?
