

**Anmeldung:  
Hilfsmittel der AHV**

**Bitte wählen Sie oben  
den Kanton aus**

**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: Hilfsmittel der AHV

## Erstmaliges Gesuch

Bei Gesuch um Erneuerung eines Hilfsmittels, für das die IV oder AHV bereits früher Leistungen erbracht hat, ist nur der nachfolgende Abschnitt **Gesuch um Erneuerung eines Hilfsmittels** auszufüllen.

Für welches Hilfsmittel beantragen Sie einen Kostenbeitrag der AHV?

- Hörgerät (einseitige Versorgung)
- Rollstuhl (Pauschalbetrag)
- Orthopädische Mass-Schuhe oder
- Orthopädische Serienschuhe
- Perücke
- Lupenbrille oder
- Lesegerät/Bildschirm-Lesegerät
- Sprechhilfegerät
- Gesichtsepithese

## Gesuch um Erneuerung eines Hilfsmittels

Welches Hilfsmittel muss erneuert werden?

---

Wann wurden für dieses Hilfsmittel letztmals Leistungen zugesprochen?

---

Durch welche Stelle?

---

Ist das beantragte Hilfsmittel durch einen Spezialarzt/eine Spezialärztin verordnet worden?

- ja  nein

Wenn ja, führen Sie bitte Name und Adresse Ihres Spezialarztes/Ihrer Spezialärztin auf.

Wenn nein, geben Sie bitte Name und Adresse Ihres Hausarztes/Ihrer Hausärztin an

Name

---

Postleitzahl, Ort

Strasse, Hausnummer

---

## 1. Personalien

### > 1.1

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

---

### > 1.2

Vornamen (alle Vornamen, den Rufnamen bitte in Grossbuchstaben)

---

- weiblich  männlich

### > 1.3

Geburtsdatum (Tag/Monat/Jahr)

AHV-Nummer

---

### > 1.4

Gesetzlicher Wohnsitz mit genauer Adresse (bei Aufenthalt in einer Institution bitte deren Namen angeben)

Name der Institution

---

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 eine Vormundschaft?  ja  nein  
Beistandschaft?  ja  nein

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

--

Sitz der Vormundschaftsbehörde

--

> **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
--	------

> **1.8**

Beziehen Sie Ergänzungsleistungen?  ja  nein  
Wenn ja, durch welche Stelle werden sie ausbezahlt?  
Institution

--

Postleitzahl, Ort	Strasse, Hausnummer
-------------------	---------------------

**2. Angaben zur gesundheitlichen Beeinträchtigung**

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

ja  nein

**3. Angabe des Hilfsmittel-Lieferanten**

Firma

--

Postleitzahl, Ort	Strasse, Hausnummer
-------------------	---------------------

Telefonnummer
---------------

Bitte legen Sie dieser Anmeldung eine Kopie der Bestätigung der Vormundschaftsbehörde oder Ernennungsurkunde zur Beistandschaft bei.

Wenn ja, legen Sie dieser Anmeldung allfällige Kopien von Kostenvoranschlägen und/oder Rechnungen bei.

#### 4. Zahlungsverbindung

Bankkonto  
Name der Bank bzw. Bankfiliale

---

lautend auf (Name/Vorname)

---

Bankkontonummer (IBAN)

---

Postkonto  
lautend auf (Name/Vorname)

---

Kontonummer (IBAN)

---

Die Auszahlung der AHV-Leistung erfolgt nur auf ein Bank- oder Postkonto.

#### 5. Einreichungsstelle für die Anmeldung

Die Anmeldung ist der Ausgleichskasse des Wohnsitzkantons zuzustellen.

#### 6. 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 Amtsstellen 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.

#### 7. 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

---

Evtl. Bezeichnung und Adresse der Sozialstelle oder Name und Adresse der Person, die den Versicherten/ die Versicherte betreut

---

Ihre Beilagen und ergänzende Bemerkungen

---

**Der Anmeldung sind beizulegen:**

– Bestätigung der Vormundschaftsbehörde oder Ernennungsurkunde zur Beistandschaft,  
Kostenvorschläge, Rechnungskopien, Arztberichte

## 8. Bescheinigung des Arztes/der Ärztin

Bitte beachten: Für Kostenbeiträge an ein Hörgerät muss keine Bescheinigung erteilt werden, da eine Begutachtung durch einen Expertenarzt oder eine Expertenärztin der IV erfolgt.

### > 8.1

Bei der versicherten Person sind die medizinischen Voraussetzungen für die Abgabe des folgenden Hilfsmittels erfüllt:

- Rollstuhl, sofern dieser voraussichtlich dauernd und ständig benötigt wird.
- Rollstuhl-Spezialversorgung. Die Fortbewegung in einem einfachen Rollstuhl ist nicht möglich. Zudem trifft eine oder mehrere folgender Bedingungen zu: Körpergewicht über 120 kg, Körpergrösse über 185 cm oder unter 150 cm, freies Sitzen nicht möglich, Hemi- oder Tetraparese, Amputation, Kontrakturen.
- Zusätzlich besteht eine akute Dekubitusgefährdung.

Rollstuhl-Spezialversorgungen sind ausschliesslich über die IV-Hilfsmitteldepots erhältlich und werden durch die IV-Stellen abgeklärt. Die Bescheinigung der Rollstuhl-Spezialversorgung ist vom behandelnden Arzt oder medizinischen Fachpersonal auszufüllen.

- Orthopädische Mass-Schuhe oder orthopädische Serienschuhe. Diese werden einer pathologischen Fussform oder Fussfunktion angepasst bzw. sie ersetzen einen orthopädischen Apparat. Eine Versorgung mit Einlagen ist nicht möglich. (Die Bescheinigung hat in der Regel durch einen Spezialarzt oder eine Spezialärztin für Orthopädie zu erfolgen.)
- Perücke. Die äussere Erscheinung der versicherten Person wird durch fehlendes Haar beeinträchtigt. Die Perücke muss aus medizinischen Gründen mindestens 1 Jahr getragen werden.
- Lupenbrille oder
- Lesegerät/Bildschirm-Lesegerät. Die versicherte Person kann längere Texte in normaler Schriftgrösse ohne solche Hilfsmittel nicht mehr lesen.
- Sprechhilfegerät. Die versicherte Person ist laryngektomiert und kann die Ösophagussprache nicht oder nur ungenügend erlernen.
- Gesichtsepithese zum Bedecken eines Defekts oder als Ersatz für fehlende Gesichtspartien (Ohrmuschel, Nasen-, Kieferersatzstück, Augenepithese, Gaumenplatte usw.).

### > 8.2

Sind aus Ihrer Sicht weitere Abklärungen angezeigt?  ja  nein  
Wenn ja, welche?

---

### > 8.3

Bemerkungen

---

## Unterschrift

Vorname, Name, Datum und Unterschrift des Arztes/der Ärztin

---

Genauere Adresse (Praxis/Abteilung)

---

Telefonnummer für Rückfragen

---