



Leer lassen

(Eingangsstempel der Einreichungsstelle mit Datum und allenfalls Angabe der Stelle, an welche die Anmeldung weitergeleitet wurde)

# Anmeldung zum Bezug von IV-Leistungen für Versicherte vor dem 20. Altersjahr

Bemerkungen auf Seite 5 beachten!

Bitte deutlich schreiben!

Bei Auswahlfragen das Zutreffende ankreuzen

## 1. Personalien des/der Versicherten

1.1 Familienname \_\_\_\_\_  
Alle Vornamen, den Rufnamen unterstreichen weiblich männlich

1.2 Vornamen \_\_\_\_\_  
Tag, Monat, Jahr

1.3 Geburtsdatum \_\_\_\_\_  
Sofern nicht mehr ledig, auch Datum der Zivilstandsänderung angeben

1.4 Zivilstand \_\_\_\_\_  
Gemeinde und Kanton, bei Ausländern/Ausländerinnen Staatsangehörigkeit und Geburtsort

1.5 Heimatort \_\_\_\_\_  
Strasse, Hausnummer, nähere Ortsbezeichnung mit Postleitzahl, bei Aufenthalt in einem Spital, Pflegeheim oder in Pflegefamilie dessen/deren Adresse

1.6 Adresse \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ PLZ \_\_\_\_\_ Tel.-Nr. \_\_\_\_\_  
Tag, Monat, Jahr

1.7 Aufenthalt in der Schweiz seit \_\_\_\_\_  
Nur von Ausländern/Ausländerinnen zu beantworten

1.8 Besteht Vormundschaft? ja nein ; Beistandschaft? ja nein

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

1.8.2 Wenn ja, Sitz der Vormundschaftsbehörde

## 2. Personalien der Eltern des/der Versicherten

### 2.1 Vater

2.1.1 Familienname und Vornamen \_\_\_\_\_  
Tag, Monat, Jahr

2.1.2 Geburtsdatum \_\_\_\_\_  
Auch Datum der Zivilstandsänderung angeben

2.1.3 Zivilstand \_\_\_\_\_  
Gemeinde und Kanton, bei Ausländern/Ausländerinnen Staatsangehörigkeit und Geburtsort

2.1.4 Heimatort \_\_\_\_\_  
Tag, Monat, Jahr

2.1.5 Allfälliges Todesdatum \_\_\_\_\_  
Tag, Monat, Jahr

2.1.6 Aufenthalt in der Schweiz seit \_\_\_\_\_  
Nur von Ausländern/Ausländerinnen und Rückwanderern/Rückwanderinnen zu beantworten  
Strasse, Hausnummer, nähere Ortsbezeichnung mit Postleitzahl, politische Gemeinde, Kanton

2.1.7 Adresse \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ PLZ \_\_\_\_\_ Tel.-Nr. \_\_\_\_\_

Personalien (Ziffern 1–2.3) geprüft, Angabe der geprüften Unterlagen, Visum der prüfenden Person

Prüfung betreffend Regress gemäss Ziffern 4.2, 5.1 und 5.4 vorgenommen.  
Ergänzungsblatt R verlangt  
ja  nein   
Visum der prüfenden Person

Leer lassen

2.2 **Mutter** \_\_\_\_\_  
Auch Mädchennamen angeben

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)  
Genauere Angabe der Mehrkosten im einzelnen \_\_\_\_\_ Höhe der Mehrkosten pro Jahr \_\_\_\_\_  
(nähere Begründung unter Ziffer 5.9 angeben)

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? \_\_\_\_\_



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 Begehren des/der Versicherten vor Durchführungsbeginn Stellung nehmen und die Leistung zusprechen kann.