**Anmeldung: Hilfsmittel der AHV**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**1. Gesuch**

**1.1 Erstmaliges Gesuch**

Für welches Hilfsmittel beantragen Sie einen Kostenbeitrag der AHV?

|  |  |
| --- | --- |
| X | Hörgerät/eKnochenverankerte/s Rollstuhl (Pauschalbetrag) Orthopädische Mass-Schuhe oderOrthopädische Serienschuhe PerückeLupenbrille oderLesegerät/Bildschirm-LesegerätSprechhilfegerätGesichtsepithese |

**1.2 Gesuch um Erneuerung eines Hilfsmittels**

Welches Hilfsmittel muss erneuert werden?

Wann wurden für dieses Hilfsmittel letztmals Leistungen zugesprochen?

Durch welche Stelle?

 **2. Personalien**

2.1 Persönliche Angaben

Name

|  |
| --- |
|  |

auch Name als ledige Person

Vorname

|  |
| --- |
|  |

alle Vornamen, den Rufnamen bitte in Grossbuchstaben

weiblich männlich

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Geburtsdatum |  | Versichertennummer |
|  |  |  |
|  |  | AHV 13-stellig. Die AHV-Nummer finden Sie auch auf Ihrer schweizerischen Krankenversicherungskarte. |
| Zivilstand |  | seit |
|  |  |  |
|  |  | TT, MM, JJJJ |

**2.2 Gesetzlicher Wohnsitz mit genauer Adresse**

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

|  |
| --- |
|  |
| Postleitzahl, Ort |  | Strasse, Hausnummer |
|  |  |  |
| Telefonnummer |  | E-Mail |
|  |  |  |
| Aktueller Aufenthaltsort (falls abweichend vom gesetzlichen Wohnsitz, z. B. Spital- oder Heimaufenthalt)Name der Institution |
|  |
| Postleitzahl, Ort |  | Strasse, Hausnummer |
|  |  |  |

 **2.3 Beistandschaft**

Besteht eine Beistandschaft? ja nein

Wenn ja, Name und Adresse des Beistandes/Vertreters

|  |
| --- |
|  |

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

**2.4 Staatsangehörigkeit**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Schweizer Bürgerinnen und Bürger Heimatgemeinde/Kanton |  | Schweizer Bürgerrecht seit |
|  |  |  |
|  |  | TT.MM.JJJJ |
| Ausländische Staatsangehörige Staatsangehörigkeit |  | Datum der Einreise in die Schweiz |
|  |  |  |
|  |  | TT.MM.JJJJ |

**3. Allgemeine Angaben**

**3.1 Ergänzungsleistungen**

Beziehen Sie Ergänzungsleistungen?
ja nein

Wenn ja, durch welche Stelle werden sie ausbezahlt?

|  |
| --- |
|  |

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

**3.2 Krankenkasse**Bei welcher Krankenkasse ist die versicherte Person versichert (Grundversicherung)?
Name und Adresse

|  |
| --- |
|  |

**4. Angaben zum Hilfsmittel**

**4.1 Unfall oder Schadenereignis**
Die gesundheitliche Beeinträchtigung ist ganz oder teilweise zurückzuführen auf:
einen Unfall (z. B. Strassenverkehr, Ausübung beruflicher oder sportlicher Aktivität, Gewaltdelikt, usw.)
ein anderes Schadenereignis (z. B. mögliche ärztliche Sorgfaltspflichtverletzung, Infekt in einem Spital, Schädigung durch Tiere, durch Produkte, Suizidversuch, usw.)
eine Krankheit

Ergänzende Bemerkungen zum Ereignis

**4.2 Ärztliche Verordnung**

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 |
|  |  |  |
|  |  |  |

**4.3 Lieferfirma**
(bitte Rechnungskopien, Kostenvoranschläge beilegen)

Firma

|  |
| --- |
| Beutel Hörberatung GmbH |
| Postleitzahl, Ort |  | Strasse, Hausnummer |
| 8623, Wetzikon |  | Bahnhofstrasse 272 |
| Telefonnummer |  |  |
| 044 542 67 77 |

**5. Zahlungsverbindung**

Bankkonto Postkonto

lautend auf (Name/Vorname)

|  |
| --- |
|  |

IBAN

|  |
| --- |
|  |

Name und Adresse der Bank

|  |
| --- |
|  |

**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. Mit der Unterzeichnung dieses Formulars ermächtigt die versicherte Person oder ihre Vertreterin/ihr Vertreter auch Anwälte/Anwältinnen für den Rückgriff auf Dritte Auskunft zu geben. Sämtliche genannten Personen und Behörden werden von der versicherten Person im Rahmen der vorliegenden Ermächtigung gegenüber den Organen der Invalidenversicherung von ihrer auf Amts- oder Berufsgeheimnis beruhenden Schweigepflicht befreit.

**7. Unterschrift/Beilagen**

Der/die Unterzeichnete bestätigt, dass sämtliche Angaben in diesem Formular und den dazugehörenden Beilagen wahrheitsgetreu und vollständig sind.

Datum

|  |
| --- |
|  |

Unterschrift des/der Versicherten oder des Vertreters/der Vertreterin

|  |
| --- |
|  |

Adresse des Vertreters/der Vertreterin, sofern der/die Versicherte nicht unterschreiben kann

Bemerkungen

**Der Anmeldung sind beizulegen:**
Ernennungsurkunde zur Beistandschaft, Kostenvoranschläge, Rechnungskopien, Arztberichte

**Bitte heften Sie die Dokumente nicht zusammen**

**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 Diagnosen**

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 Tetraplegie, Amputation, Kontrakturen. |
|  | Zusätzlich besteht eine akute Dekubitusgefährdung |
|  | Rollstuhl-Spezialversorgungen sind ausschliesslich über die IV-Hilfsmitteldepots erhältlich und werden durch die IV-Stellen abgeklärt. |
|  | 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/Lesegeräte/Bildschirmlesegerät. Die versicherte Person kann längere Texte in normaler Schriftgrösse ohne solche Hilfsmittel nicht mehr lesen. |
|  | Lupenbrille |
|  | Lesegerät/Bildschirm-Lesegerät. |
|  | 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 Weitere Abklärungen**

Sind aus Ihrer Sicht weitere Abklärungen angezeigt?

ja nein

**8.3 Bemerkungen**

Bemerkungen

**8.4 Unterschrift**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Name |  | Vorname |
|  |  |  |

Datum

|  |
| --- |
|  |

Stempel und Unterschrift des Arztes/der Ärztin

|  |
| --- |
|  |

Genaue Adresse (Praxis/Abteilung)

Telefonnummer für Rückfragen

**9. Einreichungsstelle**

Die Anmeldung ist der IV-Stelle des Wohnsitzkantons zuzustellen.

Adresse:

SVA Zürich

AHV\_Stelle

Röntgenstrasse 17

8087 Zürich