

Anmeldung Revision
zum Bezug einer Ergänzungsleistung zur AHV- oder IV-Rente

Personalien des AHV- oder IV-Rentners

Auch Mädchenname der Ehefrau oder Witwe Rufname unterstreichen
 Familienname _____ Vornamen _____
 Geburtsdatum _____ Tag, Monat, Jahr _____ Beruf _____
 Zivilstand

ledig <small>(Zutreffendes unterstreichen) (Datum)</small>	verheiratet	verwitwet	geschieden <small>(Urteil beilegen)</small>	tatsächlich getrennt	gerichtlich getrennt <small>(Urteil beil.)</small>
---	-------------	-----------	--	----------------------	---

 Seit wann? _____
 Heimatort

Für Ausländer Heimatstaat _____	Nur für Ausländer (Ausländerausweis beilegen) in der Schweiz wohnhaft seit _____
---------------------------------	---

 Wohnsitz Politische Gemeinde und Kanton _____ seit _____
 Adresse: Strasse, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort _____
 _____ Telefon _____

Eingang der Anmeldung

Versicherten-Nummer

Personalien des Ehegatten (auch bei getrennter Ehe zu beantworten)

Alle Vornamen, Rufnamen unterstreichen Tag, Monat, Jahr
 Vornamen _____ Geb.-Datum _____
 Tag, Monat, Jahr _____
 Heimatort

Für Ausländer Heimatstaat _____	Nur für Ausländer (Ausländerausweis beilegen) in der Schweiz wohnhaft seit _____
---------------------------------	---

 Wohnsitz Politische Gemeinde und Kanton (nur von getrennt Lebenden zu beantworten) _____ seit _____
 Adresse: Strasse, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort _____
 _____ Telefon _____

Versicherten-Nummer

Personalien der Kinder, für die ein Anspruch auf eine Waisen- oder Kinderrente besteht

Eheliche Kinder des Rentners		Geburtsdatum Tag, Monat, Jahr	Wohnort	AHV- oder IV-Rente jährlich Fr.	Haben Sie Einkommen, Vermögen	
Familienname	Vorname				Ja	Nein
_____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Versicherten-Nummer

Adoptiv-, Pflege, Stiefkinder, Kinder aus geschiedener Ehe oder aussereheliche Kinder (Zutreffendes unterstreichen)

Familienname	Vorname	Geburtsdatum Tag, Monat, Jahr	Wohnort		
_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Versicherten-Nummer

Bei Bevormundeten - Sitz der Vormundschaftsbehörde _____
(Urkunde beilegen)

Name des Vormundes/Beistandes _____ Telefon G _____
 Adresse _____ Telefon P _____

leer lassen

Wie wünschen Sie, dass die Ergänzungsleistung ausbezahlt wird?

Überweisung auf Bankkonto Nr. _____ Bankadresse _____
 Clearing Nr. _____
 Überweisung auf Postcheckkonto Nr. _____

Total Ausgaben Fr. _____
 Total Einnahmen Fr. _____
 Subtotal Fr. _____
 EL pro Jahr Fr. _____
 EL pro Monat Fr. _____
 Abweisung
 Anspruch ab _____
 ZWST _____
 Datum _____

Bei der Überweisung der Ergänzungsleistung auf eine Bank- bzw. Postcheckkonto wird die Bank bzw. das Postcheckamt mit der Unterzeichnung dieses Formulars ermächtigt, allenfalls zu Unrecht angewiesene und gutgeschriebene Leistungen ohne weiteres an die Ausgleichskasse zurückzuleiten und dem Konto wieder zu belasten.
 Barauszahlung an folgende Adresse: _____

Ausgaben

Welcher Krankenkasse sind sie angeschlossen? _____

Ihr Ehepartner? _____

Bitte eine Kopie des Versicherungsausweises beilegen

Entrichten Sie Nichterwerbstätigenbeiträge an die AHV/IV/EO? ja nein

Ihr Ehepartner? ja nein Fr. _____

Sind Sie unterhaltspflichtig? ja nein

Ihr Ehepartner? ja nein Fr. _____

Wenn ja, bitte Kopie Scheidungsurteil / Unterhaltsvereinbarung mit aktuellem Zahlungsbeleg beilegen.

Besitzen Sie Grundeigentum in der Schweiz oder im Ausland? ja nein

Ihr Ehepartner? ja nein

Wenn ja, bitte separates Beiblatt 1 (Grundeigentum) ausfüllen.

Haben Sie Mehrkosten für lebensnotwendige Diät? ja nein

Ihr Ehepartner? ja nein

Wenn ja, bitte Beiblatt 3 (Arztzeugnis) beilegen. Nur für Nichtheimbewohner.

Wohnen Sie in Miete? ja nein Bruttomiete Fr. _____

Wieviele Personen (Sie eingeschlossen) wohnen in Ihrem Haushalt? _____

Sofern Sie keinen eigenen Haushalt führen

a) Bei wem wohnen Sie? _____

b) Wieviele Personen leben in diesem Haushalt? _____

c) Wie hoch ist der Bruttomietzins oder der Eigenmietwert der Liegenschaft? Fr. _____

Bitte eine Kopie des Mietvertrags beilegen.

Benötigen Sie einen Rollstuhl? ja nein

Ihr Ehepartner? ja nein

Name des Heims Heimeintritt

Sind Sie in einem Heim wohnhaft? ja nein _____

Ihr Ehepartner? ja nein _____

Wenn ja, bitte aktuelle Heimrechnung beilegen bzw. Beiblatt 2 (Heimaufenthalt) ausfüllen.

Vermögen (per 1. Januar des laufenden Kalenderjahres)

Besitzen Sie Vermögen / Sparguthaben? ja nein

Ihr Ehepartner? ja nein Fr. _____

Vermögensstand anhand von Kontoauszügen belegen (Zinsertrag siehe Ziffer 20).

Besitzen Sie eine Lebensversicherung? ja nein

Ihr Ehepartner? ja nein

Wenn ja, wie hoch ist der steuerliche Rückkaufswert? Fr. _____

Abschlussjahr? _____ Ablaufjahr? _____

Bitte Nachweis beilegen.

Besitzen Sie Fahrzeuge, Marke: _____ Jahrgang: _____

Viehabe, sonstige Waren (ohne Hausrat)? ja nein Fr. _____

Ihr Ehepartner? ja nein (gem. Steuererklärung)

Besitzen Sie sonstiges Vermögen? ja nein Fr. _____

Ihr Ehepartner? ja nein (gem. Steuererklärung)

Wenn ja, um was für Vermögen handelt es sich? (Bitte beilegen) _____

Sind Sie an einer unverteilter Erbschaft beteiligt? ja nein Fr. _____
Ihr Ehepartner? ja nein (gem. Steuererklärung)
Wenn ja, bitte eine Kopie des Nachlassinventars belegen.

Haben Sie Schulden? ja nein
Ihr Ehepartner? ja nein Fr. _____

Haben Sie in früheren Jahren Vermögen, Vermögenswerte oder Grundeigentum an Dritte übertragen oder haben Sie auf Einkünfte verzichtet? ja nein
Ihr Ehepartner? ja nein
Wenn ja, Fr. _____ wann? _____ an wen? _____
Bemerkungen

Haben sich Ihre wirtschaftlichen Verhältnisse (Einkommen, Vermögen, usw.) im Vergleich zum vorangegangenen Kalenderjahr dauernd verändert? ja nein
Bei Ihrem Ehepartner? ja nein
Wenn ja, Begründung

Haben Sie in einer anderen Gemeinde oder in einem anderen Kanton bereits eine Ergänzungsleistung zur AHV- oder IV-Rente bezogen? ja nein
Ihr Ehepartner? ja nein
Wenn ja, wo und bis wann?

Einnahmen

Sind Sie erwerbstätig? ja nein
Ihr Ehepartner? ja nein Fr. _____
**Wenn ja, bitte Lohnausweis beilegen.
(Für Ihre Kinder bitte Ausbildungsnachweis/Lehrvertrag usw. beilegen)**

Haben Sie Auslagen für die Fahrt zum Arbeitsplatz, auswärtige Verpflegung usw.? ja nein
Ihr Ehepartner? ja nein Fr. _____

Von welcher Ausgleichskasse beziehen Sie Ihre Rente? _____
Ihr Ehepartner? _____

Erhalten Sie eine BVG-Rente? ja nein
Von welcher/welchen Pensionskasse/n _____
Ihr Ehepartner? ja nein Fr. _____
Haben Sie / Hat Ihr Ehepartner anstelle der Rente eine **Kapitalauszahlung** erhalten? ja nein
Wenn ja, wann und wie hoch war diese? Datum _____ Fr. _____

Erhalten Sie Leistungen anderer Versicherungen? (z.B. Renten der Unfall, Militärversicherung, Haftpflichtversicherung, ausländischer Sozialversicherungen, Leibrenten mit oder ohne Rückgewähr, Arbeitslosentaggelder, Krankenkasse usw.?) ja nein
Ihr Ehepartner? ja nein Fr. _____
Wenn ja, bitte einen Nachweis beilegen.

Erhalten Sie Zinsen aus Sparguthaben, Wertschriften, Darlehen, usw.? ja nein
Ihr Ehepartner? ja nein Fr. _____
Wenn ja, bitte Zinsausweise aller Konten per 31.12. des Vorjahres beilegen.

Erhalten Sie Unterhaltsbeiträge? ja nein
 Ihr Ehepartner? ja nein
 Ihre Kinder? ja nein Fr. _____

Wenn ja, bitte eine Kopie Scheidungsurteil / Unterhaltsvereinbarung mit aktuellem Zahlungsbeleg einreichen.

Erhalten Sie eine Hilflosenentschädigung der AVH/IV, Unfall- oder Militärversicherung?
 Ihr Ehepartner? ja nein ja nein Fr. _____

Erzielen Sie sonstige Einkommen (Naturaleinkommen, Ertrag aus Unverteilten Erbschaften, Nutzniessung, Wohnrecht, usw.)
 Ihr Ehepartner? ja nein ja nein Fr. _____

Bitte einen Nachweis beilegen.

Vollständigkeit der Angaben

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass die vorstehenden Angaben vollständig und wahr und dass keine anderen Einkommen und Vermögen vorhanden sind. Sie nehmen zur Kenntnis, dass Sie sich strafbar machen, wenn Sie durch unwahre oder unvollständige Angaben für sich oder andere widerrechtlich Ergänzungsleistungen erwirken oder zu erwirken versuchen. Zu Unrecht bezogene Ergänzungsleistungen sind zurückzuerstatten.

Unterschrift

 Ort Datum Unterschrift des Versicherten

Sollte der Versicherte einen persönlichen Vertreter haben, ist das Beiblatt 4 (Vollmacht) auszufüllen, zu unterzeichnen und der EL-Anmeldung beizulegen. Sofern der Versicherte nicht mehr selbst unterzeichnen kann, benötigen wir ein entsprechendes Arztzeugnis.

 Unterschrift des Vertreters

Krankheits- und Behinderungskosten

Folgende Kosten können im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen vergütet werden, soweit sie nicht durch IV, UV oder Krankenkasse gedeckt sind.

- Beteiligung an den Kosten der Krankenkasse (Franchise und Selbstbehalt)
- Hilfe, Pflege und Betreuung zu Hause oder in Tagesstätten
- Transport zum nächstgelegenen medizinischen Behandlungsort
- Zahnbehandlung. Kostet die Zahnbehandlung 3000 Franken oder mehr, muss ein Kostenvoranschlag eingereicht werden.
- Ärztlich verordnete Badekuren wobei ein Beitrag für Verpflegung abzuziehen ist.

Die Rückvergütung der Kosten muss innert fünfzehn Monaten seit der Rechnungsstellung erfolgen.

Bericht der AHV-Zweigstelle

Stimmen nach Ihren Feststellungen die gemachten Angaben mit den tatsächlichen Verhältnissen überein, und wurden die Personalien geprüft?

ja nein

wenn nein, Begründung und ergänzende Angaben:

 Ort Datum Stempel und Unterschrift der AHV-Zweigstelle

Der Anmeldung ist zwingend eine Kopie der aktuellen Steuerveranlagung mit dazugehörigem Wertschriftenverzeichnis beizulegen.