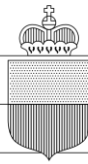


Postadresse: AHV-IV-FAK
GERBERWEG 2, 9490 VADUZ

Telefon: +423/238 16 16
Fax: +423/238 16 00

Internet: www.ahv.li
E-Mail: ahv@ahv.li

**AHV
IV
FAK**



LIECHTENSTEINISCHE ALTERS-
UND HINTERLASSENENVERSICHERUNG

INVALIDENVERSICHERUNG

FAMILIENAUSGLEICHSKASSE

Anmeldung für Erwachsene: Hilfsmittel

Ihre Anmeldung: Danke für sorgsames Ausfüllen

Guten Tag

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 www.ahv.li herunterladen.
Wenn Sie bei der Beantwortung Hilfe brauchen, rufen Sie uns einfach an.

Wir geben Ihnen gerne Auskunft.

Freundliche Grüsse

Liechtensteinische AHV-IV-FAK

Anmeldung für Erwachsene: Hilfsmittel

1. Hilfsmittel

Welche Hilfsmittel (Prothesen, Rollstuhl usw.) beantragen Sie?

Gewünschte Lieferfirma (bitte Rechnungskopien, Kostenvoranschläge beilegen)

2. Personalien

2.1 Persönliche Angaben

Name

auch Name als ledige Person

Vornamen

alle Vornamen, den Rufnamen bitte in Grossbuchstaben

weiblich

männlich

Geburtsdatum

TT, MM, JJJJ

Versichertennummer (AHV)

Zivilstand

seit

TT, MM, JJJJ

2.2 Gesetzlicher Wohnsitz mit genauer Adresse

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

3.3 Versicherungen

Sind Sie angemeldet bzw. erhalten Sie Leistungen von

z.B. ärztliche Behandlung, Eingliederungsmassnahmen, Taggeld, Rente, Hilfsmittel

 einer Krankenkasse?

Name und Adresse der Versicherung (bzw. der zuständigen Agentur) inkl. Referenznummer

 einer anderen Versicherung im Rahmen der obligatorischen Unfallversicherung?**3.4 Krankenkasse**

Bei welcher Krankenkasse ist die versicherte Person versichert (Grundversicherung)?

Name und Adresse

4. Angaben über die jetzige berufliche Tätigkeit**4.1 Erwerbstätige und Personen mit Nebenbeschäftigungen**

Aktuelle/letzte Haupt- Teil- oder Nebenbeschäftigung

Art der Beschäftigung

Pensum in %

von

bis

Bruttoeinkommen CHF

TT, MM, JJJJ

TT, MM, JJJJ

Stunde, Woche, Monat

Name und Adresse des Arbeitgebenden

Art der Beschäftigung

Pensum in %

von

bis

Bruttoeinkommen CHF

TT, MM, JJJJ

TT, MM, JJJJ

Stunde, Woche, Monat

Name und Adresse des Arbeitgebenden

4.2 Nichterwerbstätige

Art der Beschäftigung	von	bis
Hausfrau/Hausmann, Student/Studentin usw.	TT, MM, JJJJ	TT, MM, JJJJ
Hausfrau/Hausmann, Student/Studentin usw.	TT, MM, JJJJ	TT, MM, JJJJ

4.3 Arbeitslosigkeit

Name und Adresse der ALV-Kasse (wenn Arbeitslosenentschädigung bezahlt wurde)

von	bis	in %
TT, MM, JJJJ	TT, MM, JJJJ	
TT, MM, JJJJ	TT, MM, JJJJ	

5. Angaben zur gesundheitlichen Beeinträchtigung**5.1 Nähere Angaben zur Art der Gesundheitlichen Beeinträchtigung**

Seit wann besteht die gesundheitliche Beeinträchtigung?

5.2 Unfall

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

5.3 Arzt, Spital oder Pflegeheim**Wer hat Sie zuletzt ärztlich behandelt bzw. wer hat das beantragte Hilfsmittel verordnet?**

Name und Adresse

Fachrichtung

Für welche Leiden?

In Behandlung von

In Behandlung bis

TT, MM, JJJJ

TT, MM, JJJJ

Name und Adresse

Fachrichtung

Für welche Leiden?

In Behandlung von

In Behandlung bis

TT, MM, JJJJ

TT, MM, JJJJ

5.4 Hilfsmittel

Besitzen Sie bereits Hilfsmittel (z.B. Prothesen, Rollstuhl)?

ja nein

Wenn ja, welche (genaue Bezeichnung)

seit

TT, MM, JJJJ

6. Zahlungsverbindung

Bankkonto

Postkonto

Lautend auf

IBAN

Name und Adresse der Bank

7. Vollmacht

Mit der Unterzeichnung dieses Formulars ermächtigt der Versicherte oder sein Vertreter alle in Betracht fallenden Personen und Stellen, also namentlich Ärzte, medizinische Hilfspersonen, Spitäler, Heilanstalten, Krankenkassen, öffentliche und private Versicherungen, Amtsstellen sowie private Fürsorgeeinrichtungen, den zuständigen Stellen der Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung die für die Abklärung des Anspruchs und die Prüfung der Leistungsberechtigung des Versicherten und für die Durchführung des Rückgriffs auf Dritte, gegen die dem Versicherten aus diesem Versicherungsfall Schadenersatzansprüche zustehen können, erforderlichen Auskünfte zu geben.

8. Unterschrift/Beilagen

Der/die Unterzeichnende bestätigt, dass sämtliche Angaben in diesem Formular und den dazugehörigen 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:

- Kopie eines amtlichen Personalausweises (z. B. Familienbüchlein, Personenstandsausweis oder Familienausweis, Meldebestätigung, Reisepass, Partnerschaftsurkunde), aus dem die Personalien ersichtlich sind
- Für ausländische Staatsangehörige: Kopie Ihres Ausländerausweises

Gegebenenfalls sind beizulegen:

- Ernennungsurkunde und die Beschreibung der Pflichten und Aufgaben zur Sachwalterschaft, Rechnungskopien, Kostenvoranschläge, Arztzeugnisse

Bitte heften Sie die Dokumente nicht zusammen

9. Einreichungsstelle

Die Anmeldung ist der Invalidenversicherung, Gerberweg 2, 9490 Vaduz, zuzustellen.