

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

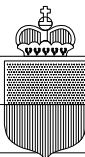
Telefon: +423/238 16 16

Fax: +423/238 16 00

Internet: www.ahv.li

E-Mail: ahv@ahv.li

**AHV
IV
FAK**



LIECHTENSTEINISCHE ALTERS-
UND HINTERLASSENENVERSICHERUNG
INVALIDENVERSICHERUNG

FAMILIENAUSGLEICHSKASSE

Anmeldung zum Bezug von Leistungen für Hilfsmittel der AHV

Eingangsstempel

Einzureichen bei der AHV-Anstalt, Gerberweg 2, 9490 Vaduz

Bitte deutlich schreiben!

Bei Auswahlfragen das Zutreffende ankreuzen ☒

Vom Versicherten oder seinem Vertreter auszufüllen

1. Personalien des Gesuchstellers

Versicherungsnummer

1.1 Familienname

.....
Bei Verheirateten oder Verwitweten auch Mädchenname der Ehefrau

1.2 Vornamen

.....
Alle Vornamen; den Rufnamen unterstreichen

1.3 Geburtsdatum

.....
Tag, Monat, Jahr

1.4 Zivilstand

.....

1.5 Heimatort

.....
Bei Ausländern Staatsangehörigkeit

1.6 Wohnsitz

.....
Gemeinde

1.7 Adresse

.....
.....
..... Tel.-Nr
Strasse, Hausnummer, nähere Ortsbezeichnung mit Postleitzahl;
bei Aufenthalt in einem Spital oder Pflegeheim dessen Adresse

1.8 Besteht Vormundschaft? ja ☐ nein ☐
Wenn ja, Name und Adresse des Vormundes

.....
..... Tel.-Nr

1.9 Name des Ehegatten (auch von getrennt lebenden zu beantworten)

.....

2. Allgemeine Fragen

In jedem Fall zu beantworten

2.1 Bezieht der Gesuchsteller Ergänzungsleistungen (EL)? ja ☐ nein ☐

2.2 Wurde der Gesundheitsschaden, der die Benützung von Hilfsmittel nötig macht, durch einen Dritten verursacht?

ja ☐ nein ☐

3. Erstmaliges Gesuch

Bei Gesuchen um Ersatz eines Hilfsmittels, für welches bereits früher von der IV oder AHV Leistungen erbracht wurden, ist nur Ziffer 4 auszufüllen.

3.1 Stehen Sie gegenwärtig in ärztlicher Behandlung? ja ☐ nein ☐

Wenn ja, Name und Adresse des Arztes
..... Tel.-Nr.

3.2 Welches Hilfsmittel beanspruchen Sie?

- | | |
|--|---|
| ☐ Definitive funktionelle Fuss- oder Beinprothesen | ☐ Augenprothesen (Kostenbeitrag) |
| ☐ Definitive Hand- oder Armprothesen | ☐ Gesichtsepithesen (Kostenbeitrag) |
| ☐ Definitive Brust-Exoprothesen nach Mamma Amputationen | ☐ Perücken (Kostenbeitrag) |
| ☐ Beinorthesen | ☐ Hörgeräte |
| ☐ Armorthesen | ☐ Sprechhilfegeräte nach Kehlkopfoperationen (Kostenbeitrag) |
| ☐ Orthopädische Mass-Schuhe (Kostenbeitrag) | ☐ Rollstühle ohne motorischen Antrieb (Mietkosten) |
| ☐ Kostspielige Änderungen an Serienschuhen oder serienmässig hergestellten orthopädischen Schuhen | ☐ Lupenbrillen (Kostenbeitrag) |
| ☐ Serienmässig hergestellte orthopädische Schuhe (Kostenbeitrag) | |

4. Gesuch bei Erneuerung eines Hilfsmittels

4.1 Welches Hilfsmittel muss erneuert werden?

.....

4.2 Für dieses Hilfsmittel wurden letztmals Leistungen zugesprochen am

.....

4.3 Wurde die Erneuerung durch einen Arzt verordnet? ja ☐ nein ☐

Wenn ja, Name und Adresse des Arztes
..... Tel.-Nr.

5. Abgabestelle

(Lieferant des Hilfsmittels)

6. Bemerkungen

[illegible]

7. Ermächtigung zur Einholung von Auskünften

Mit der Unterzeichnung dieses Formulars ermächtigt die versicherte Person oder deren Vertreter alle in Betracht fallenden Personen und Stellen, also namentlich Ärzte, medizinische Hilfspersonen, Spitäler, Heilanstalten, Krankenkassen, öffentliche und private Versicherungen, Arbeitsstellen sowie private Fürsorgeeinrichtungen, Arbeitgeber, den zuständigen Stellen der Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung und von diesen beauftragte Personen (Casemanager) die für die Abklärung des Anspruchs und die Prüfung der Leistungsberechtigung der versicherten Person und für die Durchführung des Rückgriffs auf Dritte, gegen die der versicherten Person aus diesem Versicherungsfall Schadenersatzansprüche zustehen können, erforderlichen Auskünfte zu geben.

Der Unterzeichnete bestätigt, seine Antworten wahrheitsgetreu und vollständig erteilt zu haben.

Datum

Unterschrift des Gesuchstellers oder seines Vertreters

Name und Adresse des Vertreters, wenn der Gesuchsteller nicht selbst unterschreibt

.....

Tel.-Nr.

Evtl. Bezeichnung und Adresse der Sozialstelle oder Name und Adresse der Person, die den Gesuchsteller betreut

Tel.-Nr.