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: Hilflosenentschädigung Minderjährige

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: Hilflosenentschädigung Minderjährige

1. Personalien

1.1 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

1.2 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

1.3 Sachwalterschaft

Besteht eine Sachwalterschaft?

○ ja ○ nein

Besteht eine Vormundschaft?

○ ja ○ nein

Wenn ja, Name und Adresse des Sachwalters bzw. Vormundes

Legen Sie dieser Anmeldung eine Kopie der Ernennungsurkunde zur Sachwalterschaft/Vormundschaft und die Beschreibung der Pflichten und Aufgaben bei.

1.4 Staatsangehörigkeit

Liechtensteiner Bürgerinnen und Bürger

Heimatgemeinde

Liechtensteiner Bürgerrecht seit

TT, MM, JJJJ

Ausländische Staatsangehörige

Staatsangehörigkeit

Datum der Einreise in Liechtenstein

TT, MM, JJJJ

2. Personalien der Eltern

2.1 Mutter

2.1.1 Persönliche Angaben

Name

auch Name als ledige Person

Vornamen

alle Vornamen, den Rufnamen bitte in Grossbuchstaben

Geburtsdatum

TT, MM, JJJJ

Versichertennummer

Zivilstand

allfälliges Todesdatum

TT, MM, JJJJ

2.1.2 Gesetzlicher Wohnsitz mit genauer Adresse

Postleitzahl, Ort

Strasse, Hausnummer

Telefonnummer

E-Mail

2.1.3 Staatsangehörigkeit

Heimat für Liechtensteiner Bürgerinnen

Heimatgemeinde

Liechtensteiner Bürgerrecht seit

TT, MM, JJJJ

Heimat für ausländische Staatsangehörige

Staatsangehörigkeit

Datum der Einreise in Liechtenstein

TT, MM, JJJJ

2.2 Vater

2.2.1 Persönliche Angaben

Name

auch Name als ledige Person

Vornamen

alle Vornamen, den Rufnamen bitte in Grossbuchstaben

Geburtsdatum

TT, MM, JJJJ

Versichertennummer

Zivilstand

allfälliges Todesdatum

TT, MM, JJJJ

2.2.2 Gesetzlicher Wohnsitz mit genauer Adresse

Postleitzahl, Ort

Strasse, Hausnummer

Telefonnummer

E-Mail

2.2.3 Staatsangehörigkeit

Heimat für Liechtensteiner Bürgerinnen
Heimatgemeinde/

Liechtensteiner Bürgerrecht seit

TT, MM, JJJJ

Heimat für ausländische Staatsangehörige

Staatsangehörigkeit

Datum der Einreise in Liechtenstein

TT, MM, JJJJ

2.3 Sorgerecht

Bei getrennt lebenden oder geschiedenen Eltern: Wem steht das elterliche Sorgerecht zu?

Bitte legen Sie eine Kopie der Sorgerechtsregelung bei.

○ gemeinsam ○ Mutter ○ Vater

Bei unverheirateten Eltern oder bei gemeinsamem Sorgerecht: Wer soll als Korrespondenzempfänger vermerkt werden?

○ Mutter ○ Vater

3. Allgemeine Angaben

3.1 Frühere Anmeldungen

Wurde für Ihr Kind bereits einmal eine Anmeldung zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung eingereicht?

○ ja ○ nein

Wenn ja, für welche Leistung und bei welcher IV-Stelle?

4. Angaben zur gesundheitlichen Beeinträchtigung

4.1 Nähere Angaben zur Art der gesundheitlichen Beeinträchtigung

Seit wann besteht die gesundheitliche Beeinträchtigung?

4.2 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

4.3 Arzt, Spital oder Pflegeheim

Bitte geben Sie uns hier Ihren Hausarzt sowie weitere behandelnde Ärzte, Spitäler oder Pflegeheime an.

Name und Adresse

Fachrichtung

Für welche Leiden?

In Behandlung von

TT, MM, JJJJ

In Behandlung bis

TT, MM, JJJJ

Name und Adresse

Fachrichtung

Für welche Leiden?

In Behandlung von

TT, MM, JJJJ

In Behandlung bis

TT, MM, JJJJ

5. Angaben zur Hilflosigkeit

5.1 Alltägliche Lebensverrichtungen

Ist Ihr Kind bei den folgenden alltäglichen Verrichtungen wegen Hilflosigkeit und trotz Hilfsmitteln regelmässig in erheblicher Weise auf die direkte (physische) oder indirekte (Anweisungen) Hilfe Dritter angewiesen? Bitte beschreiben Sie die Art der Dritthilfe möglichst konkret. Zudem müssen wir wissen, seit wann (Monat/Jahr) und wie oft pro Tag bzw. pro Woche die Hilfe notwendig ist.

Ankleiden/Auskleiden

○ ja ○ nein

seit (Monat/Jahr)	Art und Häufigkeit der Hilfe (genaue Beschreibung)

Aufstehen/Absitzen/Abliegen

○ ja ○ nein

seit (Monat/Jahr)	Art und Häufigkeit der Hilfe (genaue Beschreibung)

Essen (Nahrung zerkleinern/Nahrung zum Mund führen)

○ ja ○ nein

seit (Monat/Jahr)	Art und Häufigkeit der Hilfe (genaue Beschreibung)

Körperpflege (Waschen, Kämmen, Rasieren, Baden/Duschen)

○ ja ○ nein

seit (Monat/Jahr)	Art und Häufigkeit der Hilfe (genaue Beschreibung)

Verrichten der Notdurft (Reinigung nach Toilettengang, Ordnen der Kleider nach Toilettengang, Katheterisierung oder ähnliches)

○ ja ○ nein

seit (Monat/Jahr)	Art und Häufigkeit der Hilfe (genaue Beschreibung)

Fortbewegung/Pflege gesellschaftlicher Kontakte (in der Wohnung/im Freien)

○ ja ○ nein

seit (Monat/Jahr)	Art und Häufigkeit der Hilfe (genaue Beschreibung)

5.2 Hilfeleistung

Von wem wurde/wird die Hilfe geleistet (vor bzw. nach Spital- oder Heimeintritt)?
Name/Institution

Postleitzahl, Ort	Strasse, Hausnummer

5.3 Dauernde Hilfe

Benötigt Ihr Kind medizinisch-pflegerische Hilfe (beispielsweise tägliches Verabreichen von Medikamenten, Wechseln von Bandagen usw.)?

○ ja ○ nein

Wenn ja, in welcher Form und in welchen Bereichen?

Seit wann besteht die Pflegebedürftigkeit in diesem Umfang?

MM, JJJJ

5.4 Persönliche Überwachung

Ist es möglich das Kind für mindestens ein bis zwei Stunden während des Tages alleine zu lassen?

○ ja ○ nein

Wenn nein, bitte begründen:

Seit wann besteht die Pflegebedürftigkeit in diesem Umfang?

MM, JJJJ

Wer besorgt die Überwachung?
Name/Institution

Postleitzahl, Ort

Strasse, Hausnummer

5.5 Hilfsmittel

Sind Hilfsmittel vorhanden?

○ ja ○ nein

Wenn ja, welche?

6. Zahlungsverbindung

○ Bankkonto ○ Postkonto

lautend auf

Name/Vorname

IBAN

Name und Adresse der Bank

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, Amtsstellen sowie private Fürsorgeeinrichtungen, Arbeitgeber, den zuständigen Stellen der Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung und von diesen beauftrage Personen (Casemanager) die für die Abklärung des Anspruchs und die Prüfung der Leistungsberechtigung der versicherte Person und für die Durchführung des Rückgriffs auf Dritte, gegen die der versicherten Person aus diesem Versicherungsfall Schadenersatzansprüche zustehen können, erforderlichen Auskünfte zu geben.

8. Unterschrift/Beilagen

Der/die Unterzeichnende bestätigt, sämtliche Angaben in diesem Formular und den dazugehörenden Anlagen wahrheitsgetreu und vollständig erteilt zu haben.

Datum

Unterschrift des gesetzlichen Vertreters/der Vertreterin der versicherten Person

Bemerkungen

Der Anmeldung sind beizulegen:

- ☐ Kopie eines amtlichen Personalausweises (z. B. Geburtsschein, Familienbüchlein, Meldebestätigung), aus dem die Personalien aller in dieser Anmeldung genannten Personen ersichtlich sind
- ☐ Für ausländische Staatsangehörige: Kopien des Ausländerausweises der versicherten Person sowie der Eltern

Gegebenenfalls sind beizulegen:

- ☐ Ernennungsurkunde und die Beschreibung der Pflichten und Aufgaben zur Sachwalterschaft/Vormundschaft, Eintritts- oder Austrittsbericht bei Heimbewohnern, Arztzeugnisse, Sorgerechtsregelung

Bitte heften Sie die Dokumente nicht zusammen

9. Einreichungsstelle

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

Datenschutzhinweis: Informationen nach Art. 13 der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) betreffend die Verarbeitung Ihrer personenbezogener Daten finden Sie auf unserer Webseite unter www.ahv.li/datenschutz