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 zur Ausrichtung von Betreuungs- und Pflegegeld

Der Betreuungs- und Pflegegeldbeitrag kann ab jenem Tag, an welchem die Anmeldung zur Ausrichtung eines Betreuungs- und Pflegegeldes bei der AHV-IV-FAK-Anstalt eingeht, provisorisch gewährt werden, wenn

- die mindestens drei Monate dauernde Betreuungs- und Pflegebedürftigkeit durch einen ärztlichen Bericht bestätigt wird,
- die von der Regierung bezeichnete „Fachstelle Betreuungs- und Pflegegeld“ die Leistungsstufe festgelegt hat und
- von dieser ein Pflege- und Betreuungskonzept für die pflegebedürftige Person ausgearbeitet wurde.

Versicherungsnummer:

1. Personalien und allgemeine Angaben

1.1 Familienname: .....

Vorname: …….....
Alle Vornamen; den Rufnamen unterstreichen weiblich ☐ männlich ☐

Geburtsdatum: ……... Zivilstand: ..……...

Heimatort (bei Ausländern Staatsangehörigkeit): …...……

PLZ, Wohnadresse: …...……..

……... Tel.-Nr. ……

E-Mail: …….....

Zivilrechtlicher Wohnsitz (bei Aufenthalt im Spital oder Pflegeheim)

……..

Besteht Vormundschaft oder Beistandschaft? Ja ☐ Nein ☐

Wenn ja, Adresse: ……

2. Allgemeine Angaben der versicherten Person

2.1 Behandelnder Arzt / Ärztin:

……
(Bitte vollständige Adresse)
.....

2.2 Sind Sie Bezüger einer Hilfslosenentschädigung? Ja ☐ Nein ☐
(AHV-IV-FAK-Anstalten oder einer obligatorischen Unfallversicherung)

2.3 Wie wurde die häusliche Betreuung herbeigeführt, durch: Krankheit ☐ Unfall ☐

2.3.1 Wird schon Geld für eine häusliche Betreuung nach dem Gesetz über die obligatorische Unfallversicherung oder durch eine vergleichbare Leistung einer ausländischen Sozialversicherung bezogen?

Ja ☐ wenn ja, durch welche ……..…
Nein ☐

2.3.2 Seit wann besteht die Pflegbedürftigkeit? .....

2.3.3 Wer leistet Hilfe?

……...……

2.4 Dieses Formular wurde ausgefüllt durch (versicherte Person, Amt für soziale Dienste, Pflegeheim, Arzt, usw.)

……

2.5 Bemerkung / Kontaktadresse Angehörige / Telefonnummer / E-Mail Adresse:
……...
……...……

……

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.

Die unterzeichnende Person bestätigt, seine Antworten wahrheitsgetreu und vollständig erteilt zu haben.

Ort / Datum: Unterschrift der versicherten Person:

…….. ……

Personalien des Vertreters, wenn die versicherte Person nicht selbst unterschreiben kann oder aus gesetzlichen Gründen nicht unterschreiben darf.

……...

…… Tel.Nr. ……

Beilagen:

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

Ärztliche Bestätigung

Personalien der versicherten Person:

Familienname: .....

Vorname: …….....
Alle Vornamen; den Rufnamen unterstreichen weiblich ☐ männlich ☐

Geburtsdatum: ……... Zivilstand: ..……...

Heimatort: (bei Ausländern Staatsangehörigkeit): …...……

PLZ, Wohnadresse: …...……..

……... Tel.-Nr. ……

Zivilrechtlicher Wohnsitz (bei Aufenthalt im Spital oder Pflegeheim)

……..

Ist Betreuung und/oder Pflege zu Hause notwendig
und möglich

Diagnose:

……

……

Dauer der Pflegebedürftigkeit:

☐ dauernd

seit: ……

☐ vorübergehend (voraussichtlich mehr als 3 Monate)

seit: ……

voraussichtlich: (…...Monate ……Wochen)

Bemerkungen: …….....

……...

……...

Entbindung von der Schweigepflicht: Hiermit erkläre ich mein Einverständnis, dass die Daten betreffend meiner ärztlichen Untersuchung bzw. Behandlung an die AHV-IV-FAK Anstalten und die von diesen beauftragten Abklärungsstellen weitergegeben bzw. offen gelegt werden und ich entbinde diesbezüglich meine(n) Arzt (Ärztin) von der ärztlichen Schweigepflicht. Ich bestätige, dass ich diese Erklärung freiwillig und im eigenen Interesse abgebe, d.h, ohne Druck oder Zwang. Es wurden mir auch keine Nachteile angedroht oder Bedingungen gestellt, falls ich diese Erklärung nicht abgeben würde.

Ort / Datum:

……

Stempel und Unterschrift Patient / -in

……..

Stempel und Unterschrift des Arztes / der Ärztin

……..