



## Anmeldung und Fragebogen zum Bezug einer Hilflosenentschädigung der AHV oder IV

Bei Auswahlfragen das Zutreffende ankreuzen

Einreichungsstelle: **AHV-IV-FAK Anstalten, Gerberweg 2, 9490 Vaduz**

Vom Versicherten oder seinem Vertreter auszufüllen sind die Ziffern 1.1 bis 2.6 sowie Datum und Unterschrift

### 1. Personalien und allgemeine Angaben

Versicherungsnummer

1.1. Familienname: .....

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

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

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

PLZ, Wohnadresse: .....

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

Zivilrechtlicher Wohnsitz (bei Aufenthalt in Spital oder Pflegeheim)

.....

Besteht Vormundschaft? ja  nein

Wenn ja, Adresse: .....

#### Ehegatte (auch von getrennt Lebenden auszufüllen)

Name: ..... Geb.-Dat: .....

---

### 1.2. Name und Adresse des Arztes (letzter behandelnder Arzt), des Spitals oder Pflegeheims

.....

.....

- 1.3. Ursache der Hilflosigkeit
- 1.3.1. Wurde die Hilflosigkeit herbeigeführt durch: Krankheit  Unfall
- 1.3.2. Wurde die Hilflosigkeit ganz oder teilweise durch einen Dritten herbeigeführt ja  nein
- 1.3.3. Wird schon eine Hilflosenentschädigung nach dem Gesetz über die obligatorische Unfallversicherung oder durch eine vergleichbare Leistung einer ausländischen Sozialversicherung bezogen?  
 ja  wenn ja, durch welche .....  
 nein

**2. Angaben über Hilflosigkeit**

2.1. Bedarf der Versicherte wegen seiner Hilflosigkeit regelmässig in erheblicher Weise der Hilfe Dritter für die folgenden alltäglichen Lebensverrichtungen (die Hilfe ist erheblich, wenn der Versicherte die betreffende Verrichtung praktisch nicht mehr oder nur mit unzumutbarem Aufwand selbständig ausüben kann)?

	Bedarf der regelmässigen und erheblichen Hilfe		Seit	Bemerkung (z.B. über die Art der Hilfe)
	ja	nein		
2.1.1. An-/ Auskleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....

2.1.2. Aufstehen/ Absitzen/ Abliegen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....
--------------------------------------	--------------------------	--------------------------	-------	-------

2.1.3. Essen				
- Speisen ans Bett bringen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....
- Speisen zerkleinern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....
- Speisen zum Munde führen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....
- Kann der Versicherte nur spezielle Nahrung zu sich nehmen? (z. B. püriert, Sondernahrung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....

2.1.4. Körperpflege				
- Waschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....
- Kämmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....
- Rasieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....
- Baden/ Duschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....

2.1.5. Massnahmen der Grundpflege (Reinigung nach Toilettengang, Ordnen der Kleider, Katheterisierung oder ähnliches)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....
---	--------------------------	--------------------------	-------	-------

2.1.6. Fortbewegen				
- in der Wohnung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....
- im Freien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....

Wer leistet Hilfe?

.....

2.2. Bedarf der Versicherte der dauernden Pflege? ja  tagsüber  nachts  nein   
Wenn ja, in welcher Form und welchem Bereich? .....

Seit wann besteht die Pflegebedürftigkeit im erwähnten Ausmass? .....

---

2.3. Bedarf der Versicherte der persönlichen Überwachung? ja  tagsüber  nachts  nein   
Wenn ja, in welcher Form und welchen Bereichen? .....

Seit wann besteht die Überwachungsbedürftigkeit im erwähnten Ausmass? .....

---

2.4. Ist der Versicherte bettlägerig? vollständig  teilweise  nein

Wenn teilweise, wie viele Stunden kann er durchschnittlich im Tag das Bett verlassen? .....

---

2.5. Sind Hilfsmittel vorhanden? ja  nein

Wenn ja, welche? .....

---

2.6. Dieses Formular wurde ausgefüllt durch (Versicherten, Fürsorgeamt, Pflegeheim, Arzt, usw.)

---

Bemerkungen: .....

---

Könnte die Hilflosigkeit durch Anschaffung von Hilfsmitteln vermindert werden? ja  nein

Wenn ja, mit welchen? .....

## Anspruch, Begriff und Bemessung

Ungeachtet ihrer wirtschaftlichen Verhältnisse haben Personen mit zivilrechtlichem Wohnsitz oder obligatorischer Krankenpflegeversicherung in Liechtenstein Anspruch auf Hilflosenentschädigung, sofern sie hilflos sind und keinen Anspruch auf eine Hilflosenentschädigung nach dem Gesetz über die obligatorische Unfallversicherung oder auf eine vergleichbare Leistung einer ausländischen Sozialversicherung besitzen. Personen, die das 65. Altersjahr vollendet haben, sind anspruchsberechtigt, wenn sie zumindest in mittelschwerem Grade hilflos sind und als Betagte im Sinne von Art. 1 bis gelten.

Für den Zeitraum bis zum letzten Tag des Monats der Vollendung des 2. Altersjahres besteht kein Anspruch auf Hilflosenentschädigung.

Hat eine hilflose Person bis zum Ende des Monats, in welchem sie das 65. Altersjahr vollendet hat, bereits eine Hilflosenentschädigung leichten Grades bezogen, so wird ihr die Entschädigung mindestens im bisherigen Betrag weitergewährt.

Als hilflos gilt, wer für die alltäglichen Lebensverrichtungen dauernd und in erheblichem Ausmass der Hilfe Dritter oder der persönlichen Überwachung bedarf. Bei Betagten, welche das 65. Altersjahr vollendet haben, gilt die Hilflosigkeit als dauernd, wenn sie während drei Monaten ohne wesentlichen Unterbruch bestanden hat. Bei den übrigen Personen gilt die Hilflosigkeit als dauernd, wenn sie während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch gedauert hat.

Die Entschädigung wird nach dem Grad der Hilflosigkeit bemessen. Sie beträgt bei Hilflosigkeit leichten Grades 40 %, bei Hilflosigkeit mittleren Grades 60 % und bei Hilflosigkeit schweren Grades 80 % des Mindestbetrages der einfachen Altersrente gemäss Art. 68 des Gesetzes über die Alters- und Hinterlassenenversicherung.

Der Anspruch auf Hilflosenentschädigung entsteht am ersten Tag des Monats, in dem sämtliche Anspruchsvoraussetzungen erfüllt sind, frühestens jedoch am 1. Tag des Monats der Antragstellung. Der Anspruch erlischt mit dem Wegfall der Anspruchsvoraussetzungen oder mit dem Tode der berechtigten Person.

Die Bemessung der Hilflosigkeit obliegt der Verwaltung der Liechtensteinischen Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung.

Die Regierung erlässt ergänzende Vorschriften namentlich über das Verfahren, die Bemessung und Revision der Hilflosigkeit sowie über den Anspruch einer Person auf eine Hilflosenentschädigung, wenn diese wegen eines schweren Gebrechens für den Kontakt mit der Umwelt einer besonderen Hilfe in erheblichem Umfang bedarf. Die Regierung kann zudem durch Verordnung die Ausrichtung eines Kostgeldbeitrages bei Heimaufenthalt von Personen bis zum vollendeten 18. Altersjahr festsetzen.

Im Übrigen sind die nachfolgenden Bestimmungen über Zuständigkeit und Verfahren, Revision der Verwaltung, Verfügungen und deren Zustellung, Beschwerderecht sowie die Strafbestimmungen sinngemäss anwendbar.

---

### 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, Arbeitsstellen 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.

**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](http://www.ahv.li/datenschutz)

---

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

Ort und Datum

Unterschrift des Versicherten

.....

.....

Adresse des Vertreters, wenn der Versicherte nicht selbst unterschreibt.

.....

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

Beilagen: