

Anmeldung für Pflegefinanzierung

Eingangsdatum
AHV - Zweigstelle

Hinweise zum Ausfüllen der Anmeldung:

- Jede Frage ist mit ja oder nein zu beantworten.
- Die verlangten Unterlagen sind vollständig beizulegen. Fehlende Belege führen zu Verzögerungen in der Bearbeitung.
- **Die Anmeldung ist bei der AHV - Zweigstelle der Wohnsitzgemeinde einzureichen.**
- Zur Vereinfachung wurde bei den Fragen für beide Geschlechter ausschliesslich die männliche Form verwendet.
- Bei verheirateten Personen ist für jede Person eine separate Anmeldung erforderlich

Personalien des Heimbewohners

NNSS

Familienname _____ Vorname _____

Geburtsdatum _____ (Tag, Monat, Jahr)

Für Ausländer: Heimatstaat _____ Bewilligung _____ seit _____

In der Schweiz wohnhaft seit _____

Bitte Kopie Ausländerausweis beilegen.

Zivilstand ledig verheiratet verwitwet geschieden (Urteil beilegen) tatsächlich getrennt gerichtlich getrennt (Urteil beilegen)

Seit wann? Datum: _____

Wohnsitzgemeinde vor Heimeintritt _____ seit _____

Strasse, Nr. _____

PLZ, Ort _____ Telefon-Nr. _____

Haben Sie einen Vormund / Beistand / Beirat? Ja Nein Wenn ja, Angaben der Vormundschaftsbehörde auf Seite 2 ausfüllen.
(zutreffendes unterstreichen)

Wie wünschen Sie die Auszahlung der Pflegekosten?

Post: Konto-Nr. _____

Bank: IBAN-Nr. _____
IBAN-Nr. International Bank Account Number (bei Bankverbindung zwingend anzugeben)

Name/Ort der Bank _____

Kontoinhaber: Name, Vorname _____ Geburtsdatum: _____

Adresse, PLZ, Ort _____

Bei Überweisung der Pflegekosten auf ein Bank- bzw. Postkonto wird die Bank bzw. die Post mit der Unterzeichnung dieses Formulars ermächtigt, allenfalls zu Unrecht angewiesene und gutgeschriebene Leistungen ohne weiteres an die Ausgleichskasse zurückzuleiten und dem Konto wieder zu belasten.

Zustellung der Verfügung, der Mitteilung, Korrespondenzen und zukünftigen Abrechnungen

Sofern die Zustellung der Verfügung, der Mitteilung, der Korrespondenzen und den zukünftigen Abrechnungen nicht an die Adresse des Antragstellers oder der Antragstellerin, sondern an eine andere Adresse (Drittperson) erfolgen soll, bitte die entsprechende Zustelladresse und das Geburtsdatum des Adressaten angeben:

Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____

Adresse _____ PLZ/Ort _____ / _____

Durch die AHV-Gemeindezweigstelle auszufüllen:

Wurden die Personalien geprüft? Ja Nein

Wenn nein, Begründung und ergänzende Angaben: _____

Ort _____ Datum _____ Stempel/Unterschrift
der AHV-Zweigstelle

ALLGEMEINE ANGABEN

Haben Sie in einer anderen Gemeinde oder in einem anderen Kanton bereits Pflegekosten bezogen? Ja Nein
 Wenn ja, wo _____ bis wann? _____

Haben Sie in einer anderen Gemeinde oder in einem anderen Kanton Ergänzungsleistungen bezogen? Ja Nein
 Wenn ja, wo _____ bis wann? _____

Sind Sie in der Schweiz gemäss Krankenversicherungsgesetz (KVG) obligatorisch grundversichert? Ja Nein

In jedem Fall Kopie der aktuellen Krankenkassenpolice beilegen.

Bei Vormundschaft/Beistandschaft/Beiratschaft auszufüllen:

Sitz der Vormundschaftsbehörde _____

Name/Vorname des Vormundes/Beistandes/Beirates _____

Adresse des Vormundes/Beistandes/Beirates _____

Telefon _____ E-Mail _____

Kopie der Ernennungsurkunde beilegen.

Einzureichende Unterlagen

1	Aktuelle Heimrechnung
2	Bestätigung Heimverwaltung für die Pflegefinanzierung (Beiblatt 1) ausfüllen lassen und die Heimrechnung beilegen. <small>(nur für ausserkantonale Heimbewohner)</small>
3	Bestätigung über die Pflegeleistungen der Krankenkasse für die Pflegefinanzierung (Beiblatt 2) ausfüllen lassen. <small>(nur für ausserkantonale Heimbewohner)</small>

VOLLSTÄNDIGKEIT DER ANGABEN / MELDEPFLICHT / VOLLMACHT

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass die vorstehenden Angaben vollständig und wahr sind.

Jede Änderung in den persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnissen (z.B. Adressänderungen, Heirat, Tod des Ehegatten, Beginn und Wegfall von Krankenkassenleistungen, Ein- oder Austritte in resp. von Alters- und Pflegeheimen etc.) haben Sie der AHV-Zweigstelle Ihrer Wohngemeinde umgehend - das heisst spätestens nach 30 Tagen und unaufgefordert zu melden.

Die/der Versicherte resp. die/der Vollmachtnehmende/VertreterIn erteilt der AHV-Zweigstelle bzw. der Ausgleichskasse die Vollmacht/Ermächtigung, bei folgenden amtlichen Stellen/Personen für die Festsetzung, Änderung oder Rückforderung von Leistungen, für die Verhinderung ungerechtfertigter Bezüge und für den Rückgriff auf haftpflichtige Dritte Einsicht in die gesamten notwendigen Unterlagen und Akten zu nehmen:

Alters- und Pflegeheime, Spitäler, Ärzte, Amtsstellen, UVG (Unfallversicherung), MV (Militärversicherung), Krankenversicherungen und weitere Privat- und Sozialversicherer.

Die betreffenden Alters- und Pflegeheime, Spitäler, Ärzte, Amtsstellen, Versicherungsgesellschaften und anderen Versicherungsinstitutionen werden hiermit durch den/die Unterzeichnende/n von ihrer vertraglichen und gesetzlichen Schweigepflicht entbunden (§27 der Verordnung betreffend die Änderung der Verordnung des Regierungsrates zum Gesetz über die Krankenversicherung vom 19. Dezember 1995).

Unterschriften

Ort _____

Datum _____

Unterschrift der gesuchstellenden Person _____

Sollte der Versicherte einen persönlichen Vertreter haben, ist die beiliegende Vollmacht auszufüllen, zu unterzeichnen und der Pflegekosten-Anmeldung beizulegen. Sofern der Versicherte nicht mehr selbst unterzeichnen kann, benötigen wir ein entsprechendes Arztzeugnis.

Unterschrift des Vertreters
(Verwandter, Vormund, Beistand, Behörde)