

AHV-Zweigstelle
Ihrer Wohnsitzgemeinde

**Anmeldung für die Pflegefinanzierung
Danke für sorgsames Ausfüllen**

Guten Tag

Dieser Fragebogen ist für die Anmeldung der Pflegefinanzierung bestimmt. Wir können Ihren Antrag prüfen, wenn er vollständig und genau ausgefüllt ist. Fragen Sie bei Unklarheiten nach. Wir verlieren wertvolle Zeit, wenn das Formular nicht korrekt ausgefüllt ist oder Unterlagen fehlen.

Wichtige Hinweise

- Die Anmeldung ist bei der AHV-Zweigstelle der Wohnsitzgemeinde einzureichen.
- Sofern die Anmeldung für Ergänzungsleistungen eingereicht wird, muss keine separate Anmeldung für die Pflegefinanzierung ausgefüllt werden.
- Kopien der Heimrechnungen seit Heimeintritt (maximal der letzten 6 Monate) sind beizulegen.
- Aus Gründen der Einfachheit wurde bei den Fragen für beide Geschlechter ausschliesslich die männliche Form verwendet.

Drei Fragen nach dem Ausfüllen des Fragebogens

- Sind alle Fragen vollständig beantwortet?
- Ist der Fragebogen unterschrieben?
- Haben Sie alle erforderlichen Unterlagen beigelegt (inkl. allfälliger Vollmacht)?

Sie können diesen Fragebogen auch auf unserer Internetseite herunterladen.

Wenn Sie bei der Beantwortung Hilfe brauchen, rufen Sie uns an. Wir geben Ihnen gerne Auskunft.

Freundliche Grüsse

SVA St.Gallen

Bitte senden Sie die ausgefüllte Anmeldung an die
AHV-Zweigstelle Ihrer Wohnsitzgemeinde:

AHV-Zweigstelle



Anmeldung für die Pflegefinanzierung

Eingangsdatum AHV-Zweigstellen

Personalien des Heimbewohners

Versicherten-Nr.	Geburtsdatum
Familienname (auch Name als ledige Person)	Vorname
Zivilstand <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> eingetragene Partnerschaft	<input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> tatsächlich getrennt <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> gerichtlich getrennt
letzte Wohnadresse vor Heimeintritt	PLZ, Ort
Telefon, Mobile	E-Mail

Adresse Alters-/Pflegeheim

Name Alters-/Pflegeheim	Telefon
Adresse	PLZ, Ort
<input type="checkbox"/> dauerhafter Aufenthalt <input type="checkbox"/> befristeter Aufenthalt zur Entlastung <input type="checkbox"/> Ferien-/Schnupperaufenthalt	
Eintrittsdatum	Austrittsdatum (bei vorübergehendem Heimaufenthalt)

► **Kopien der Heimrechnungen seit Heimeintritt (maximal der letzten 6 Monate) sind beizulegen.**

Zahlungsverbindung des Heimbewohners

Kontoinhaber
IBAN-Nr.

► **Begehren auf Auszahlung an Dritte müssen auf einem besonderen Formular gestellt und begründet werden.**

Personalien des Ehepartners (nur bei Heimeintritt des Ehepartners)

Versicherten-Nr.	Geburtsdatum
Familienname (auch Name als ledige Person)	Vorname
aktuelle Adresse oder letzte Wohnadresse vor Heimeintritt (Strasse, PLZ, Ort)	

Adresse Alters-/Pflegeheim des Ehepartners

Alters-/Pflegeheim	Telefon
Adresse	PLZ, Ort
<input type="checkbox"/> dauerhafter Aufenthalt <input type="checkbox"/> befristeter Aufenthalt zur Entlastung <input type="checkbox"/> Ferien-/Schnupperaufenthalt	
Eintrittsdatum	Austrittsdatum (bei vorübergehendem Heimaufenthalt)

► **Kopien der Heimrechnungen seit Heimeintritt (maximal der letzten 6 Monate) sind beizulegen.**

Vollständigkeit

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass die vorstehenden Angaben vollständig und wahr sind. Sie nehmen zur Kenntnis, dass zu Unrecht bezogene Pflegefinanzierungsleistungen zurückerstattet werden müssen.

Ermächtigung

Mit Ihrer Unterschrift ermächtigen Sie die SVA St. Gallen bei folgenden Stellen die erforderlichen Auskünfte für die Abklärung des Anspruchs und die Prüfung der Leistungsberechtigung einzuholen: Ärzte, Spitäler, Heilanstalten, Krankenkassen und Heime.

Datum	
Unterschrift des Antragstellers	Unterschrift des Ehepartners

► **Sollte der Antragsteller einen persönlichen Vertreter haben, ist das beiliegende Vollmachtformular ausgefüllt und unterzeichnet diesem Antrag beizulegen. Andernfalls korrespondieren wir ausschliesslich mit dem Antragsteller. Sofern er nicht mehr selbst unterzeichnen kann, benötigen wir ein entsprechendes Arztzeugnis.**

Datum	Unterschrift AHV-Zweigstelle
-------	------------------------------

► **Die Richtigkeit der Angaben wird mit der Unterschrift bestätigt.**

Vollmacht/Ermächtigung

Gegenüber der **SVA St.Gallen, Brauerstrasse 54, 9016 St.Gallen,**

- meine Interessen in den unten angekreuzten Geschäften vollumfänglich zu vertreten.
- ermächtige ich die angeführte Person bzw. Stelle bei der SVA St.Gallen nur Auskünfte zu den unten angekreuzten Geschäften einzuholen (keine Vertretung, keine Zustellung von Korrespondenzen).

Hier Geschäfte ankreuzen, die Sie betreffen:

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> AHV-Renten | <input type="checkbox"/> Beiträge an die AHV/IV/EO | <input type="checkbox"/> IV-Massnahmen (berufliche/medizinische) und IV-Hilfsmittel |
| <input type="checkbox"/> Ergänzungsleistungen (EL) | <input type="checkbox"/> Erwerbsersatzordnung (EO) | <input type="checkbox"/> IV-Renten, IV-Taggelder (IV-Stelle und Ausgleichskasse) |
| <input type="checkbox"/> Pflegefinanzierung (PF) | <input type="checkbox"/> Familienzulagen (FZ) | <input type="checkbox"/> Hilflosenentschädigungen (IV-Stelle und Ausgleichskasse) |
| | <input type="checkbox"/> Mutterschaftsentschädigung (MSE) | |

► **Diese Vollmacht/Ermächtigung gilt bis zum schriftlichen Widerruf für die angekreuzten Geschäfte.**

Meldepflichten bei Leistungsbezügen

Wirtschaftliche und persönliche Änderungen können die Höhe gewisser Leistungen beeinflussen. Solche Änderungen müssen deshalb sofort und unaufgefordert der AHV-Zweigstelle der Wohngemeinde oder der SVA St.Gallen gemeldet werden. Der/Die Unterzeichnende nimmt zur Kenntnis, dass zu viel bezogene Leistungen zurückerstattet werden müssen.

Vollmachtnehmer/in

Versicherten-Nr. bei natürlichen Personen	
Name	Vorname
Adresse	PLZ, Ort
Telefon	E-Mail
Datum	Unterschrift

Vollmachtgeber/in

Versicherten-Nr.	oder Abrechnungs-Nr.
Name	Vorname
Adresse	PLZ, Ort
Datum	Unterschrift

► **Ist eine Unterschrift aus gesundheitlichen Gründen nicht möglich, ist ein Arzzeugnis beizulegen.**