

Formular ausgehändigt am:

Gesuch um Zusatzleistungen zur AHV/IV-Rente

Sie haben sich nach Zusatzleistungen zur AHV/IV-Rente erkundigt. Bitte lesen Sie dieses Gesuchsformular aufmerksam durch, füllen Sie anschliessend den Fragebogen vollständig aus und reichen Sie uns dieses Formular zusammen mit den entsprechenden Unterlagen ein. Wir werden aufgrund der erhaltenen Dokumente einen allfälligen Anspruch ermitteln und Ihnen das Ergebnis schriftlich mitteilen.

Allgemeines

Zusatzleistungen sind **keine Fürsorgeleistungen**, sondern Sozialversicherungsleistungen, auf die ein gesetzlicher Anspruch besteht, sofern bestimmte Voraussetzungen erfüllt sind!

Gesuch

Das Gesuch um Ausrichtung von Zusatzleistungen für Sie oder für eine von Ihnen vertretene Person wird erstellt, indem der **Fragebogen vollständig und wahrheitsgetreu** ausgefüllt, das Formular datiert und unterschrieben wird. Der Anspruch auf Zusatzleistungen besteht frühestens ab Beginn des Monats, in dem Ihnen dieses Formular (persönlich, durch die Durchführungsstelle) ausgehändigt wurde, bzw. bei uns eingegangen ist (falls vom Internet heruntergeladen). Fehlende Unterlagen sind innert 3 Monaten nachzureichen. Läuft diese Frist ab, werden allfällige Leistungen nicht rückwirkend ausgerichtet.

Leistungen

Zusatzleistungen setzen sich zusammen aus: Ergänzungsleistungen (EL; Bund), Beihilfen (BH; Kanton). Beihilfen sind grundsätzlich rückerstattungspflichtig. Auf diese Leistungen kann jedoch verzichtet werden.

Für Fragen stehe ich Ihnen gerne zur Verfügung:

**Durchführungsstelle für
Zusatzleistungen zur AHV/IV
Rutschbergstrasse 18
8608 Bubikon**

**Jeannette Kobler
Tel. 055 / 253 33 49
E-mail: ahv@bubikon.ch**

Öffnungszeiten:	Montag, Mittwoch, Donnerstag	08.00 - 11.30
	Dienstag:	08.00 - 11.30 / 14.00 – 18.30
	Freitag:	07.00 - 14.00

Wichtig! Auszug aus den Strafbestimmungen:

Art. 27 ELV (Verordnung über die Ergänzungsleistungen zur AHV/IV:

1 Unrechtmässig (d.h. durch falsche oder unvollständige Angaben) bezogene Ergänzungsleistungen sind vom Bezüger oder seinen Erben zurückzuerstatten.

2 Rückforderungen können mit fälligen Leistungen verrechnet werden.

Diese Bestimmungen gelten sinngemäss für Beihilfen.

Anmeldung für den Bezug von Zusatzleistungen

AHV-Nr. : _____

Name / Vorname: _____

Adresse: _____

Telefon, evt. E-mail _____

Zivilstand: _____ seit: _____

Geburtsdatum: _____

Heimatort / Nationalität: _____

Datum: _____

Wir bitten Sie, nachfolgende Fragen vollständig zu beantworten und alle aufgeführten Unterlagen (sofern ein JA zutreffend) zusammen mit diesem Formular einzureichen!

Bitte nur Kopien einreichen!

Vermögen

J/N

Folgende Unterlagen sind einzureichen:

(bei Verheirateten jeweils beider Ehegatten)

Besitzen Sie ein Bankkonto?

Auszüge aller Konti für das letzte Jahr (alle Buchungen), und per 31.12. (mit Zinsabrechnung)

letzte Steuererklärung mit sämtlichen Beilagen

Besitzen Sie ein Postcheckkonto?

PC-Auszüge für das letzte Jahr (alle Buchungen), und per 31.12.

Besitzen Sie ein Bankdepot?

Auszüge per 31.12.

Besitzen Sie ein Auto?

Fahrzeugausweis, Kilometerstand und Zeitwert (Eurotax) von Motorfahrzeugen

Sind Sie Eigentümer/in einer Liegenschaft?

Grundbuchauszug, Bankbelege über Hypotheken, Liegenschaftsblatt zur Steuererklärung; bei Vermietung: Mietverträge

Haben Sie ein Mietzinsdepot geleistet?

Eröffnung bzw. Kontoauszug des Sperrkontos per 31.12. des Vorjahres

- | | | |
|---|--------------------------|--|
| Sind Sie an einer Erbengemeinschaft beteiligt? | <input type="checkbox"/> | Testament und Erbteilungsrechnung von erhaltenen Erbschaften, Testament oder Teilungsvorschlag von unverteilter Erbschaften |
| Haben Sie eine Lebensversicherung abgeschlossen? | <input type="checkbox"/> | Police und Steuerbescheinigung über den Rückkaufwert |
| Besitzen Sie Vermögenswerte im Ausland (Liegenschaften, Bank- resp. Postkonti)? | <input type="checkbox"/> | Auszüge von Bank- resp. Postkonti; Liegenschaftenblatt, Grundbuchauszug |
| Besitzen Sie andere Vermögenswerte? | <input type="checkbox"/> | Schenkungen, Münzen- oder Markensammlungen, Antiquitäten, Bilder, Teppiche, Schmuck, etc.; Aktien, Obligationen, Anteilscheine. Bitte belegen! |
| Besitzen Sie Pensionskassen-/ Freizügigkeitsguthaben? | <input type="checkbox"/> | Ausweise aller Pensionskassen-/ Freizügigkeitsguthaben per 31.12. des Vorjahres |
| Bekommen Sie Prämienvergünstigung bei der Krankenkasse? (IPV) | <input type="checkbox"/> | Verfügung beilegen |
| Haben Sie jemals Geld in Form von Schenkungen, Erbvorbezug, Abtretung Liegenschaft etc. verschenkt? | <input type="checkbox"/> | Entsprechende Unterlagen |

Einkommen

- | | | |
|--|--------------------------|--|
| Erhalten Sie eine Rente der AHV/IV? | <input type="checkbox"/> | Rentenverfügung und Gutschriftsanzeige/Postabschnitt der letzten Monatszahlung |
| Erhalten Sie eine Pensionskassenrente? | <input type="checkbox"/> | Rentenverfügung und Gutschriftsanzeige/Postabschnitt der letzten Monatszahlung |
| Haben Sie von der Pensionskasse eine einmalige Kapitalauszahlung erhalten? | <input type="checkbox"/> | Auszahlungsabrechnung |

Bei welcher Pensionskasse waren Sie bei Eintritt des Rentenfalles angeschlossen?

Name/Adresse der Vorsorgeeinrichtung:

- | | | |
|---|--------------------------|--|
| Erhalten Sie eine Rente der SUVA oder der Militärversicherung? | <input type="checkbox"/> | Rentenverfügung und Gutschriftsanzeige/Postabschnitt der letzten Monatszahlung |
| Erhalten Sie eine ausländische Rente? | <input type="checkbox"/> | Rentenverfügung und Gutschriftsanzeige/Postabschnitt der letzten Monatszahlung |
| Erhalten Sie oder einer Ihrer Angehörigen eine Hilflosenentschädigung? | <input type="checkbox"/> | Verfügung und Gutschriftsanzeige/Postabschnitt der letzten Monatszahlung |
| Sind Sie erwerbstätig? | <input type="checkbox"/> | Lohnausweis Vorjahr und letzte Monatsabrechnung |
| Erhalten Sie Unterhaltsleistungen? | <input type="checkbox"/> | Urteil (z.B. Scheidungsurteil), Zahlungsabschnitt |
| Besitzen Sie ein Wohnrecht? | <input type="checkbox"/> | Vertrag |
| Besitzen Sie ein Nutzniessungsrecht? | <input type="checkbox"/> | Vertrag |
| Haben Sie Mietzinserträge aus Vermietung/Untervermietung? | <input type="checkbox"/> | Vertrag, Gutschriftsanzeige/Postabschnitt |
| Beziehen Sie Taggelder der Krankenkasse oder einer anderen Versicherung? | <input type="checkbox"/> | Leistungsabrechnung, Gutschriftsanzeige/Postabschnitt |
| Beteiligt sich Ihre Krankenkasse an Pflegekosten? | <input type="checkbox"/> | Leistungsabrechnung, Bestätigung der Krankenkasse |
| Erhalten Sie einen Haushaltsbeitrag von Familienangehörigen? | <input type="checkbox"/> | Quittung des Haushaltsbeitrages (Kinder oder Mitbewohner) |
| Haben Sie jemals auf Vermögenswerte verzichtet? (Schenkungen, Erbvorbezug, Liegenschaftenabtretung) | <input type="checkbox"/> | Entsprechende Unterlagen |

Ausgaben

Sind Sie gegen Krankheit und Unfall versichert?

Krankenkassen-Versicherungsausweis (Police, keine Prämienrechnung!)

Haben Sie eine zusätzliche Unfall- oder Lebensversicherung?

Police, letzte Rechnung

Wohnen Sie in einer Mietwohnung?

Mietvertrag, letzte Mietzinsänderung mit Mietzinsquittung

Haben Sie Diabetes? (Verpflegungsmehrkosten wegen lebensnotwendiger Diät)

Arztzeugnis

Bezahlen Sie Unterhaltsleistungen?

Urteil (z.B. Scheidungsurteil), letzte Zahlungsquittung

Verschiedenes

Wie ist ihr Gesundheits-zustand bzw. Diagnose?

Wieviele Personen (mit Ihnen) leben in der Wohnung / im Haus? Wer?

Haben Sie in den letzten 20 Jahren gearbeitet? Wo?

Beiliegenden Fragebogen ausfüllen

Haben Sie Kinder?

Name, Vorname und Geburtsdatum

Sind Sie geschieden?

Scheidungsurteil

Nur für IV-Rentenbezüger

Angaben zu Ihren Eltern

Name, Vorname, Geburtsdatum, Adresse

V: _____

M: _____

Heimbewohner

letzte Heimrechnung

Wer befindet sich im Heim?

Art des Heimes?

Adresse des Heimes:

Datum Heimeintritt:

Für Ausländer

Erhalten Sie eine ausländische Rente?

Bestätigung der Botschaft. Wenn ja, Rentenverfügung und letzte Gutschriftsanzeige/Postabschnitt

Besitzen Sie Vermögenswerte (u.a. Liegenschaften) im Ausland?

Wenn ja, Aufstellung mit Bewertung

In Kenntnis der Rückerstattungspflicht verzichte ich auf kantonale Beihilfen:

Ja, ich verzichte ausdrücklich auf kantonale Beihilfen

GEWÜNSCHTE AUSZAHLUNGSART	
Bank	Bankname und Filiale _____ Kontonummer _____
Post	PC-Konto- Nr. _____

Vollmacht an die Durchführungsstelle für Zusatzleistungen:

Mit der folgenden Unterschrift der gesuchstellenden Person oder deren Vertreter/in wird der Durchführungsstelle für Zusatzleistungen der Gemeinde Bubikon ausdrücklich die Vollmacht erteilt, bei Arbeitgebern, Pensionskassen, Liegenschaftenverwaltungen, Versicherungen, Gerichten und Amtsstellen ausschliesslich im Zusammenhang mit der Berechnung allfälliger Zusatzleistungen stehende mündliche wie schriftliche Auskünfte und Unterlagen einzuholen.

Der Fragebogen ist vollständig und wahrheitsgetreu ausgefüllt. Die entsprechenden Unterlagen, die zur Beurteilung und Berechnung eines Anspruchs notwendig sind, liegen bei. Die Strafbestimmungen sind bekannt.

Ort, Datum:

Unterschrift Gesuchsteller/in*:

* wenn Vertretung, bitte letzte Seite ausfüllen

Achtung!

Werden zu einer Position keine Belege eingereicht (z.B. Fahrzeugausweis), wird im Sinne der vollständigen Auskunftspflicht und der Strafbestimmungen angenommen, dass diese Position nicht zutrifft (z.B. = kein Motorfahrzeug).

Bei der ersten Kontaktnahme ersuchen wir Sie, mit uns einen Termin für eine Besprechung zu vereinbaren.

**Durchführungsstelle für Zusatzleistungen zur AHV/IV
TEL. 055 / 253 33 49**

Bemerkungen/Mitteilungen zur Kenntnis:

VOLLMACHT UND EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

Versicherte(r)

Policen – Nummer

Krankenkasse

Obengenannte(r) Versicherte(r) bestätigt hiermit zu Handen der Krankenkasse was folgt:

Sollte ich (inklusive Familienmitglieder im gleichen Haushalt) meine Krankenkassenprämie nicht mehr bezahlen, wird die Krankenkasse ermächtigt, die **Durchführungsstelle für Zusatzleistungen, Rutschbergstrasse 18, 8608 Bubikon, Tel. 055/253 33 49** sofort zu informieren. Meine Krankenkassenprämien werden ab diesem Zeitpunkt bis auf weiteres von dem Anspruch auf Zusatzleistungen abgezogen und direkt der Krankenkasse überwiesen.

Unterschrift:

Ort, Datum:

.....
()

Vollmacht

mit Substitutionsbefugnis

Der/die Unterzeichnete(n)

....., **geb.**, von,

wohnhaft:

bestellt hiermit

....., **geb.**, von,

wohnhaft:

in nachbezeichneter Angelegenheit zu seinem / ihrem Bevollmächtigten.

Der / die Bevollmächtigte ist berechtigt, vor Behörden und Privaten die erforderlichen Erklärungen und Unterschriften abzugeben, Verträge abzuschliessen, sie öffentlich beurkunden zu lassen und zur Eintragung im Grundbuch anzumelden, Vergleiche einzugehen, Gelder und andere Werte in Empfang zu nehmen und dafür rechtsgültig zu quittieren, überhaupt die nachbezeichnete Angelegenheit mit den Kompetenzen eines Generalbevollmächtigten zu erledigen.

Der / die Bevollmächtigte kann in seinem / ihrem Namen und auf seine / ihre Verantwortung die Ausübung der Befugnisse aus dieser Vollmacht einem Stellvertreter übertragen.

Der / die Vollmachtgeber (in) anerkennt(en) hiermit alle Handlungen und Erklärungen seines(r) / ihres(r) Bevollmächtigten oder seines(r) / ihres(r) Vertreters(in) als für ihn / sie unbedingt rechtsverbindlich.

Bezeichnung des Geschäftes:

- **Alle Geschäfte im Zusammenhang mit der AHV/IV und den Zusatzleistungen zur AHV-, bzw. IV-Rente.**

Der Vollmachtgeber: _____

Fragebogen über frühere Arbeitsverhältnisse im Zusammenhang mit der Geltendmachung allfälliger Pensionskassengelder

Name, Vorname: _____

AHV-Nummer: _____

Bitte alle Arbeitgeber seit 1985 angeben:

Arbeitsverhältnis von / bis	Name und Adresse der früheren Arbeitgeber	Name der Pensionskasse
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

FÜR INVALIDE

Letzter Arbeitstag: _____

Ausweise über Pensionskassen- bzw. Freizügigkeitsguthaben sind beizulegen.

Der/die Unterzeichnete bestätigt, dass die von ihm gemachten Angaben vollständig sind und der Wahrheit entsprechen.

Ort, Datum:

Unterschrift:
