



Anmeldung zum Bezug von Leistungen für Hilfsmittel der AHV

Eingangsstempel

Einzureichen bei der AHV-Anstalt, Gerberweg 2, 9490 Vaduz

Bitte deutlich schreiben!

Bei Auswahlfragen das Zutreffende ankreuzen

Vom Versicherten oder seinem Vertreter auszufüllen

1. Personalien des Gesuchstellers

Versicherungsnummer

1.1 Familienname
Bei Verheirateten oder Verwitweten auch Mädchenname der Ehefrau

1.2 Vornamen
Alle Vornamen; den Rufnamen unterstreichen

1.3 Geburtsdatum
Tag, Monat, Jahr

1.4 Zivilstand

1.5 Heimatort
Bei Ausländern Staatsangehörigkeit

1.6 Wohnsitz
Gemeinde

1.7 Adresse
..... Tel.-Nr
Strasse, Hausnummer, nähere Ortsbezeichnung mit Postleitzahl;
bei Aufenthalt in einem Spital oder Pflegeheim dessen Adresse

1.8 Besteht Vormundschaft? ja nein
Wenn ja, Name und Adresse des Vormundes
.....
..... Tel.-Nr

1.9 Name des Ehegatten (auch von getrennt lebenden zu beantworten)
.....

2. Allgemeine Fragen

In jedem Fall zu beantworten

2.1 Bezieht der Gesuchsteller Ergänzungsleistungen (EL)? ja nein

2.2 Wurde der Gesundheitsschaden, der die Benützung von Hilfsmittel nötig macht, durch einen Dritten verursacht?
ja nein

3. Erstmaliges Gesuch

Bei Gesuchen um Ersatz eines Hilfsmittels, für welches bereits früher von der IV oder AHV Leistungen erbracht wurden, ist nur Ziffer 4 auszufüllen.

3.1 Stehen Sie gegenwärtig in ärztlicher Behandlung? ja nein

Wenn ja, Name und Adresse des Arztes
..... Tel.-Nr.

3.2 Welches Hilfsmittel beanspruchen Sie?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Definitive funktionelle Fuss- oder Beinprothesen | <input type="checkbox"/> Augenprothesen (Kostenbeitrag) |
| <input type="checkbox"/> Definitive Hand- oder Armprothesen | <input type="checkbox"/> Gesichtsepithesen (Kostenbeitrag) |
| <input type="checkbox"/> Definitive Brust-Exoprothesen nach Mamma Amputationen | <input type="checkbox"/> Perücken (Kostenbeitrag) |
| <input type="checkbox"/> Beinorthesen | <input type="checkbox"/> Hörgeräte |
| <input type="checkbox"/> Armorthesen | <input type="checkbox"/> Sprechhilfegeräte nach Kehlkopfoperationen (Kostenbeitrag) |
| <input type="checkbox"/> Orthopädische Mass-Schuhe (Kostenbeitrag) | <input type="checkbox"/> Rollstühle ohne motorischen Antrieb (Mietkosten) |
| <input type="checkbox"/> Kostspielige Änderungen an Serienschuhen oder serienmässig hergestellten orthopädischen Schuhen | <input type="checkbox"/> Lupenbrillen (Kostenbeitrag) |
| <input type="checkbox"/> Serienmässig hergestellte orthopädische Schuhe (Kostenbeitrag) | |

4. Gesuch bei Erneuerung eines Hilfsmittels

4.1 Welches Hilfsmittel muss erneuert werden?

.....

4.2 Für dieses Hilfsmittel wurden letztmals Leistungen zugesprochen am

.....

4.3 Wurde die Erneuerung durch einen Arzt verordnet? ja nein

Wenn ja, Name und Adresse des Arztes
..... Tel.-Nr.

