

Informationen:
041 819 04 25
info@aksz.ch
www.aksz.ch



Anmeldung Pflegefinanzierung bei stationärem Heimaufenthalt

Ausgleichskasse/IV-Stelle Schwyz
Postfach 53
6431 Schwyz

1 Personalien Antragsteller/in

Frau Herr

Versicherten-Nr.

7	5	6	.					.					.	
---	---	---	---	--	--	--	--	---	--	--	--	--	---	--

Nachname _____

Vorname _____

Adresse vor Heimeintritt:

Strasse _____

PLZ / Ort _____

Geburtsdatum _____

Telefon-Nr. _____

E-Mail _____

Beziehen Sie Ergänzungsleistungen zur AHV/IV?

ja, im Kanton _____

nein _____

2 Alters- / Pflegeheim

Name Heim _____

Adresse _____

PLZ / Ort _____

dauerhafter Aufenthalt befristeter Aufenthalt zur Entlastung Ferien-/Schnupperaufenthalt

Eintrittsdatum _____

Austrittsdatum (bei vorübergehendem Aufenthalt) _____

3 Beistandschaft

Besteht eine Beistandschaft ja nein

Wenn ja, Sitz der Beistandschaftsbehörde _____

Name / Vorname des Beistandes _____

Bitte Kopie des Beistandschaftsbeschlusses beilegen.

Informationen:
041 819 04 25
info@aksz.ch
www.aksz.ch



Vollmachtsformular

Ausgleichskasse / IV-Stelle Schwyz
Postfach 53
6431 Schwyz

Ich als Vollmachtgeber/in:

Vollmachtgebende natürliche Person	Vollmachtgebendes Unternehmen
Name / Vorname: _____	Firma: _____
Adresse: _____	Kontaktperson: _____
PLZ / Ort: _____	Adresse: _____
Geburtsdatum: _____	PLZ / Ort: _____
E-Mail-Adresse: _____	E-Mail-Adresse: _____
Telefonnummer: _____	Telefonnummer: _____
Versichertennummer: _____	Abrechnungs-Nr.: _____

bevollmächtigte:

bevollmächtigte natürliche Person	bevollmächtigtes Unternehmen
Name / Vorname: _____	Firma: _____
Adresse: _____	Kontaktperson: _____
PLZ / Ort: _____	Adresse: _____
Geburtsdatum: _____	PLZ / Ort: _____
E-Mail-Adresse: _____	E-Mail-Adresse: _____
Telefonnummer: _____	Telefonnummer: _____
Versichertennummer: _____	Abrechnungs-Nr.: _____

meine Interessen in Bezug auf Beiträge und Leistungen nachfolgender Sozialversicherungen, insbesondere der Alters- und Hinterlassenenversicherung, der Invalidenversicherung, der Erwerbsersatzordnung, der Mutterschaftsentschädigung, der Prämienverbilligung, der Familienzulagen und der Ergänzungsleistungen zur AHV/IV sowie der Pflegefinanzierung gegenüber der Ausgleichskasse, der IV-Stelle und der Familienausgleichskasse Schwyz, zu vertreten.

Ich befreie die Ausgleichskasse, die IV-Stelle und die Familienausgleichskasse Schwyz von der beruflichen und gesetzlichen Schweigepflicht und ermächtige sie, dem/der Bevollmächtigten Auskünfte zu erteilen und Akteneinsicht zu gewähren.

Ich stimme zu, dass inskünftig sämtliche Korrespondenz mit der Ausgleichskasse, der IV-Stelle und der Familienausgleichskasse Schwyz zuhanden des Bevollmächtigten geht.

Diese Vollmacht ist bis zu ihrem schriftlichen Widerruf gültig.

Es ist mir und der bevollmächtigten natürlichen Person / dem bevollmächtigten Unternehmen bekannt, dass wirtschaftliche und persönliche Änderungen die Bezugsberechtigung bei den verschiedenen Leistungsarten beeinflussen können.

Die Unterzeichneten nehmen zur Kenntnis, dass unvollständige und unwahre Auskünfte sowie eine allfällige Verletzung der Meldepflicht den gesetzlichen Strafbestimmungen unterstehen (Art. 79 ATSG; Art. 87-91 AHVG; Art. 70 IVG; Art. 31 ELG, Art. 25 EOG, Art. 23 FamZG und Art. 23 FLG) und zu Rückforderungsansprüchen führen können. Wir verpflichten uns, Änderungen der persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnisse individuell und umgehend der zuständigen Ausgleichskasse, IV-Stelle und der Familienausgleichskasse schriftlich zu melden.

Datum: _____ Unterschrift Vollmachtgeber/in: _____

Datum: _____ Unterschrift Vollmachtnehmer/in: _____