

Ergänzungsleistungen zur AHV und IV (EL)

Anmeldung

Wichtige Informationen

- Sämtliche Rubriken müssen vollständig ausgefüllt (eventuell mit « nein ») und Beweismittel beigelegt sein. Bei nicht Berücksichtigung wird das Formular zurückgeschickt.
- Das Anmeldeformular muss vollständig ausgefüllt, unterschrieben und ausgedruckt mit sämtlichen Beweismitteln an die Ausgleichskasse des Kantons Freiburg, Postfach, 1762 Givisiez adressiert werden.
- Die Anmeldung zum Bezug einer Ergänzungsleistung berechtigt die Überprüfung des Anspruchs auf eine Beteiligung an den Betreuungskosten für Heimbewohner (Art. 20, Abs. 1 SmLG).

Personalien (Versicherter, rentenberechtigte Person)

Familiennamen : AHV-Nummer : 756.....
Vorname (n) : Geburtsdatum :
Zivilstand : ▶ ▶ seit :
Wohnsitz : ▶ ▶ seit :
Strasse / Nr. : Tel.-Nr. :
PLZ / Ort : E-Mail Adresse :

Für Ausländer

Heimatstaat : In der Schweiz seit :
(Bitte aktuelle Bestätigung der Aufenthalte, erstellt durch das Bevölkerungs- und Migrationsamt, beilegen)

Personalien des Ehegatten (auch bei Trennung auszufüllen)

Familiennamen : AHV-Nummer : 756.....
Vorname (n) : Geburtsdatum :
Wohnsitz : ▶ ▶ seit :
Strasse / Nr. : Tel.-Nr. :
PLZ / Ort : E-Mail Adresse :

Für Ausländer

Heimatstaat : In der Schweiz seit :
(bitte Kopie der Aufenthaltsbewilligung beilegen)

Auszahlung der Ergänzungsleistungen

	Antragssteller:	Ehegatte
Kontonummer IBAN
Name und Ortschaft der Bank/Post

Personalien der Kinder mit Anspruch auf Waisen- oder Kinderrente (minderjährige Kinder oder Kinder in Ausbildung zwischen 18 und 25 Jahre)

Eigene (eheliche und aussereheliche) Kinder, Adoptivkinder, Pflegekinder, Stiefkinder

Familiennamen :	Vorname(n):	Geburtsdatum :	Wohnort :	AHV-Nummer :	Hat das Kind ein Einkommen oder Vermögen?
				756.	<input type="checkbox"/> ja * <input type="checkbox"/> nein
				756.	<input type="checkbox"/> ja * <input type="checkbox"/> nein
				756.	<input type="checkbox"/> ja * <input type="checkbox"/> nein
				756.	<input type="checkbox"/> ja * <input type="checkbox"/> nein

* Dokumente beilegen

Die finanzielle Situation (Vermögen, Einkommen, usw.) von jedem Kind muss mit entsprechenden Beweismitteln belegt werden. Befindet sich ein Kind in Ausbildung, ist eine Schul-/Studienbestätigung oder ein Lehrvertrag mit einer Lohnabrechnung zuzustellen.

Vertreter (Vertreterin)

Wenn vorhanden, Name, Vorname und Adresse der Vertreterin oder des Vertreters :

Mandatsart:

(bitte entsprechenden Ernennungsakt/Vollmacht beilegen, Beilage 1, vollständig auszufüllen)

Sitz der Erwachsenenschutzbehörde :

Ausgaben (betreffend den Antragsteller (die Antragstellerin), den Ehegatten (die Ehegattin), die Kinder)

Krankenkassenprämie (Krankenversicherungsausweis/Police beilegen, KVG- und VVG-Prämien)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja CHF
Beiträge an die AHV/IV/EO für Nichterwerbstätige	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja CHF
Familienrechtliche Unterhaltsbeiträge bezahlt aufgrund des Familienrechts (richterliche Verfügung/Urteil und Beleg für die ausgerichteten Beträge beilegen)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja CHF
Hypothekarzinsen für eigene Liegenschaften oder bei Nutzniessungsrecht (Bankbescheinigung mit dem Saldo per 1. Januar und den Zinsen für das letzte Jahr beilegen.)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja CHF
Kosten für den Liegenschaftsunterhalt	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja CHF
Mietzinsabzug für gemietete Wohnungen (Mietvertrag, von der Verwaltung ausgestellte Mietzinsänderungsanzeige, Bestätigung des Eigentümers usw. beilegen; ebenso ein Beleg der letzten bezahlten Miete beilegen)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja CHF
Eigenmietwert der Wohnung gemäss Veranlagungsanzeige (beizulegen) wenn Sie Eigentümer, Nutzniesser oder im Genuss eines Wohnrechts sind (zutreffendes unterstreichen; bei Wohnrecht/Nutzniessung die notarielle Urkunde beilegen)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja CHF
Wohnen Sie alleine in Ihrer Wohnung? Wenn nicht, Name, Vorname und Geburtsdatum sämtlicher Mitbewohner angeben :	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Sind Sie oder ein Mitbewohner auf einen Rollstuhl angewiesen? Name und Vorname der Person, welche auf einen Rollstuhl angewiesen ist, angeben: (Entscheid der IV-Stelle betreffend des Rollstuhls beilegen)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja CHF

Heimkosten Name und Vorname der im Heim lebenden Person: Name und Vorname der im Heim lebenden Person: (Kopie des Pflegevertrags und der Versicherungspolice der Krankenkasse KVG- und VVG-Prämien beilegen)	Eintrittsdatum: Eintrittsdatum:
Kranken-Zusatzversicherung (VVG) Haben Sie eine Zusatzversicherung abgeschlossen, die im Falle eines Heimaufenthaltes die Auszahlung eines Taggeldes erbringt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Familienergänzende Betreuungskosten (Rechnungskopien beilegen)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja CHF
Andere Ausgaben (Art ist zu präzisieren) :	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja CHF

Vermögen (betreffend den Antragsteller (die Antragstellerin), den Ehegatten (die Ehegattin), die Kinder)

Sparkonti, Wertschriften, Guthaben/offene Forderungen, Darlehen, Bargeld Stand am 1. Tag des Monats, in dem der vorliegende Antrag eingereicht wird (Beilage 2 vollständig ausfüllen und Zahl übertragen)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja CHF
Grundeigentum in der Schweiz oder im Ausland (Steuerwert)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja CHF
Auto, Viehhabe, Waren (ohne Hausrat), zutreffendes unterstreichen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja CHF
Lebensversicherungen oder Leibrenten (Police beilegen), Rückkaufswert (Bitte Bestätigung beilegen, wenn Rückkaufswert nicht versteuert ist)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja CHF
Sonstiges Vermögen (Art ist zu präzisieren):	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja CHF
Hypothekarschulden (Bankbescheinigung mit Angabe des Saldos am 1. Tag des Monats, in dem der vorliegende Antrag eingereicht wird, beilegen)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja CHF
Andere Schulden (Art ist zu präzisieren):	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja CHF
Präzisierung, wenn Sie nicht der alleinige Eigentümer / die alleinige Eigentümerin des Vermögens sind :	

Einkommen (betreffend den Antragsteller (die Antragstellerin), den Ehegatten (die Ehegattin), die Kinder)

Einkommen aus unselbständiger Erwerbstätigkeit (detaillierter Lohnausweis beilegen)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja CHF
Naturaleinkommen (Unterhalt, Verpflegung, Unterkunft, usw.), zutreffendes unterstreichen (Vertrag, Abkommen, Erklärungen beilegen)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja CHF
Reineinkommen aus selbständiger Erwerbstätigkeit gemäss Steuerveranlagung (beizulegen)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja CHF
Familien- und Kinderzulagen (Beweismittel beilegen)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja CHF
Gewinnungskosten (Fahrspesen, Mahlzeiten, Kinderaufsicht), Belege beilegen wie Abrechnungen, Quittungen... Ohne diese, wird kein Abzug berücksichtigt	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja CHF
Renten AHV/IV (letzte Verfügung sowie Bank- oder Postauszug mit aktuellem Betrag beilegen)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja CHF
Hilflosenentschädigung der AHV/IV, der UV oder einer anderen Versicherung (letzte Verfügung sowie Bank- oder Postauszug mit aktuellem Betrag beilegen)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja CHF
Rente aus der beruflichen Vorsorge (BVG, 2. Säule) Erhalten Sie eine Rente der beruflichen Vorsorge (BVG)/2. Säule? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja CHF Falls ja, Bestätigung beilegen. Falls der Antrag gestellt wurde, bitte hier ankreuzen <input type="checkbox"/> Falls nicht, bitte Frage b beantworten	
b) Hat Ihnen eine BVG- oder Freizügigkeitseinrichtung ein BVG-Kapital (2. Säule) ausbezahlt? Falls ja, Bestätigung beilegen und geben Sie den Grund dafür an, indem Sie eine der folgenden Antworten ankreuzen: Alter, Pensionierung <input type="checkbox"/> Aufnahme einer Erwerbstätigkeit <input type="checkbox"/> Definitiver Wegzug aus der Schweiz <input type="checkbox"/> Finanzierung von Wohneigentum <input type="checkbox"/> Tod oder Invalidität des Ehepartners <input type="checkbox"/> falls nein, bitte Frage c beantworten.	
c) Haben Sie eine bezahlte Beschäftigung ausgeübt oder Arbeitslosengeld bezogen, das dem BVG unterstellt war? Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	

Renten und Pensionen aller Art wie Renten der UV, Militärversicherung, privaten Versicherungen, ausländischen Versicherungen und Leistungen eines Arbeitgebers usw. (letzte Verfügung sowie Bank- oder Postauszug mit aktuellem Betrag beilegen)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja CHF
Ausländische Renten	
a) Erhalten Sie eine ausländische Rente(n)? Wenn ja, Bestätigung(en) beilegen. Wenn nein, beantworten Sie Frage b.	
b) Haben Sie irgendwelche Schritte unternommen, um solche Leistungen zu erhalten? Wenn ja, Kopie des Antrages/Schreibens beilegen. Wenn nein, kreuzen Sie bitte hier <input type="checkbox"/> an und beantworten Sie Frage c.	
c) Hatten Sie im Ausland Wohnsitz und gearbeitet? Wenn ja, geben Sie bitte die Jahre _____ und das Land _____ an. Wenn nein, kreuzen Sie bitte hier <input type="checkbox"/> an	
Taggelder einer Krankenversicherung (auch bei Heimaufenthalt), Unfall, Invalidität oder Arbeitslosigkeit, EO (zutreffendes unterstreichen und letzte Verfügung sowie Bank- oder Postauszug mit aktuellem Betrag beilegen)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja CHF
Zinsen aus Sparguthaben, Wertschriften, Darlehen (brutto, Belege beilegen)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja CHF
Liegenschaftsertrag (Mietertag, Pächtertrag, Untermiete, Eigenmietwert der eigenen Liegenschaft)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja CHF
Nutzniessung, Verpfändungsvertrag oder ähnliche Vereinbarungen, Naturalleistungen, Wohnrecht (zutreffendes unterstreichen und entsprechende Beweismittel beilegen)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja CHF
Familienrechtliche Unterhaltsbeiträge (Alimentenzahlungen) erhalten aufgrund des Familienrechts (richterliche Verfügung/Urteil beilegen)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja CHF
Sonstiges Einkommen (Art ist zu präzisieren) :	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja CHF

Diverses

Haben Sie in einem anderen Kanton bereits eine Ergänzungsleistung zur AHV oder IV bezogen ?

ja nein

Wenn ja, wo und bis wann ?

.....

Haben sich Ihre wirtschaftlichen Verhältnisse (Einkommen, Vermögen, usw.) im Vergleich zum vorangegangenen Kalenderjahr dauernd verändert?

ja nein

Wenn ja, Begründung ?

.....

Haben Sie Vermögen oder einzelne Vermögenswerte (insbesondere auch Grundeigentum) an Dritte übertragen oder haben Sie auf Einkünfte verzichtet? (notarielle Urkunde oder weitere Beweismittel beilegen)

ja nein

Wenn ja, wann ?

Betrag : CHF

Empfänger :

Bemerkungen :

Krankheits- und Behinderungskosten

Folgende Kosten können im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen separat vergütet werden:

- Kostenbeteiligung der Krankenkasse (Selbstbehalt und Franchise)
- Zahnarzt, Hilfsmittel
- Hilfe, Pflege und Betreuung, usw.

Sämtliche Unterlagen (Originalrechnungen, Abrechnungen der Krankenkasse, ärztliche Verordnungen, usw....) sind uns innert 15 Monaten seit Rechnungsstellung (oder seit Datum der Krankenkassenabrechnung) einzureichen.

Erklärung

Der/die Unterzeichnende bestätigt, dass die oben stehenden Angaben und die Beilagen 1 und 2 vollständig sind und der Wahrheit entsprechen. Er/Sie verpflichtet sich, **unverzüglich** jede Änderung der persönlichen und wirtschaftlichen Situation, der in der Berechnung berücksichtigten Personen, an die Ausgleichskasse des Kantons Freiburg, Abteilung Leistungen, PF, 1762 Givisiez anzuzeigen (z.B.: Adressänderung, Änderung der Anzahl Mitbewohner, Heirat, Tod, Beginn oder Ende einer Lehre oder Studium, Wiederaufnahme oder Aufgabe einer Erwerbstätigkeit, Zuspruch von Arbeitslosengeld oder Leistungen aus der beruflichen Vorsorge, Lohnerhöhungen und Lohnverminderungen sowie Vermögenszu- bzw. abnahmen, Verkauf oder Übergabe von Immobilien, Beginn oder Ende von Krankenkassenleistungen, Ein- oder Austritt vom Heim oder von einer anderen Einrichtung, Auslandsaufenthalte ab 2 Monaten). Ausserdem, akzeptiert der/die Versicherte oder sein/ihr Vertreter mit der Unterschrift, dass die Kantonale Sozialversicherungsanstalt (KSVA) zur Bearbeitung des Dossiers die notwendigen Steuerdaten bei der kantonalen Steuerverwaltung (KSTV) einholen kann (Artikel 13 des kantonalen Gesetzes über die Ergänzungsleistungen). Des Weiteren ermächtigt er/sie die KSVA, Informationen in Bezug auf die gemäss Verfügung gewährten finanziellen Leistungen (Betrag Ergänzungsleistungen) an die KSTV weiterzuleiten. Mit dieser unterzeichneten Erklärung können die KSVA und die KSTV untereinander uneingeschränkt Informationen austauschen (gemäss Artikel 139 Absatz 2 Buchstabe a DStG und Artikel 10 Absatz 1 Buchstabe a und c DSchG). Die durch die kantonale Steuerverwaltung erstellte Veranlagungsanzeige ist ein Beleg, welcher der KSVA zur Kontrolle der Richtigkeit der Angaben des Gesuchstellers dient. Die betroffenen Verwaltungen informieren sich gegenseitig über die in ihren Berechnungen berücksichtigten Beträge.

Der/die Unterzeichnende nimmt zur Kenntnis, dass zu Unrecht bezogene Ergänzungsleistungen aufgrund falscher oder unvollständigen Angaben zurückzuerstatten sind.

Ort : Datum : Unterschrift des Versicherten
oder des Vertreters/der Vertreterin

Beilage1 an das Anmeldeformular EL

Vollmacht

Hiermit bevollmächtige ich die unten aufgeführte Person/Institution zur Vertretung meiner Interessen in Sachen Leistungen (AHV/IV-Renten / Hilflosenentschädigung der AHV/IV / Ergänzungsleistungen / Beteiligung an den Betreuungskosten für Personen, die in einem Heim leben / IV-Taggelder / Prämienverbilligung der Krankenversicherung) gegenüber der Ausgleichskasse des Kantons Freiburg.

- Ich wünsche, dass der Bevollmächtigte nur eine Kopie der Korrespondenz und Verfügungen erhält und dass die Originale mir zugestellt werden.
- Ich wünsche, dass der Bevollmächtigte die Originale der Korrespondenz und der Verfügungen erhält. Ich nehme zur Kenntnis, dass mir keine Korrespondenz zugestellt wird.
- Anderes, gemäss folgenden Angaben :

Mit unseren Unterschriften bestätigen wir, dass wir zur Kenntnis nehmen, dass sämtliche Änderungen der persönlichen und wirtschaftlichen Situation des Leistungs-Bezügers oder einer in der Berechnung berücksichtigten Person, unverzüglich an die Ausgleichskasse des Kantons Freiburg, Abteilung Leistungen, PF, 1762 Givisiez anzuzeigen sind. Zu Unrecht bezogene Leistungen sind zurückzuerstatten.

Diese Vollmacht bleibt bis zur **schriftlichen Widerrufung** gültig. Zudem verliert diese Vollmacht bei Ernennung eines offiziellen Vertreters durch das Friedensgericht (Erwachsenenschutzbehörde) ihre Gültigkeit.

Bevollmächtigte Person oder Institution

Name, Vorname :

Geburtsdatum :

Institution :

Vollständige Adresse :

E-Mail Adresse :

Telefonnummer :

Datum :

Unterschrift/Stempel :

Vollmachtgebende Person (Versicherte/r)

AHV-Nummer: 756.....

Name, Vorname:

Vollständige Adresse:

Telefonnummer :

Datum :

Unterschrift :

