



Bedarfsabklärung

Hilfe und Betreuung zu Hause durch Familienangehörige / Art. 16 EV ELG

Personalien der versicherten Person

Name: _____
Vorname: _____
Versicherten-Nr.: _____
Geburtsdatum: _____
Adresse: _____

Personalien der ausführende Person

Name: _____
Vorname: _____
Versicherten-Nr.: _____
Geburtsdatum: _____
Adresse: _____

Verwandtschaftsbeziehung (Geschwister / Eltern usw.): _____

Die Leistungserbringung erfolgt ab (Monat / Jahr): _____

Angaben zur Erwerbseinbusse der ausführenden Person:

Erwerbstätigkeit vor Aufnahme der Hilfe und Betreuung:

Arbeitspensum bzw. Beschäftigungsgrad: _____

Einkommen pro Jahr (inklusive 13. Monatslohn): _____

(Kopie Lohnausweis beilegen)

Erwerbstätigkeit nach Aufnahme der Hilfe und Betreuung:

Arbeitspensum bzw. Beschäftigungsgrad: _____

Einkommen pro Jahr (inklusive 13. Monatslohn): _____

(Kopie Lohnausweis beilegen)

Bezug Hilflosenentschädigung (HE):

- keine
 leichten Grades
 mittleren Grades
 schweren Grades

(Bitte zutreffendes ankreuzen).

Notrufsystem vorhanden:

- JA
 NEIN

(Bitte zutreffendes ankreuzen).



Betreuungsmassnahmen	Beschreibung der durchgeführten Tätigkeiten	Zeitaufwand pro Woche
Kontrollgänge (bei Personen, die alleine leben und ab und zu eine geringfügige Überwachung und Kontrolle benötigen)		
Begleitung bei Spaziergängen ausser Hause (zum Erhalt der Mobilität und für den Kontakt mit der Aussenwelt)		
Hilfestellungen bei Bewegungsabläufen ausserhalb therapeutischer Sequenzen (zum Üben von verordneten einfachen physiotherapeutischen Massnahmen)		
Weiteres		

Diesem Formular sind beizulegen:

- Detaillierter Arztbericht über die benötigte Hilfe und Betreuung zu Hause
- Nachweis der Erwerbseinbusse
 - Erwerbstätige: Lohnsausweis vor und nach Reduktion der Erwerbstätigkeit
 - Nichterwerbstätige: Angaben über die berufliche Ausbildung und den Lohn, welcher erzielt würde (Kopie Fähigkeitsausweis und Bestätigung des Berufsverbandes)
 - Selbständigerwerbende: Nachweis, dass als Ersatz eine Person eingestellt wurde (Kopie Arbeitsvertrag)
- Evtl. Situationsbericht Pro Infirmis / Pro Senectute / Hausarzt

Einreichungsstelle:

Die vollständigen Unterlagen sind bei der zuständigen AHV-Zweigstelle der Wohnsitzgemeinde einzureichen.