

AHV-Zweigstelle  
Ihrer Wohnsitzgemeinde

**Anmeldung für die Pflegefinanzierung  
Danke für sorgsames Ausfüllen**

Guten Tag

Dieser Fragebogen ist für die Anmeldung der Pflegefinanzierung bestimmt. Wir können Ihren Antrag prüfen, wenn er vollständig und genau ausgefüllt ist. Fragen Sie bei Unklarheiten nach. Wir verlieren wertvolle Zeit, wenn das Formular nicht korrekt ausgefüllt ist oder Unterlagen fehlen.

**Wichtige Hinweise**

- Die Anmeldung ist bei der AHV-Zweigstelle der Wohnsitzgemeinde einzureichen.
- Sofern die Anmeldung für Ergänzungsleistungen eingereicht wird, muss keine separate Anmeldung für die Pflegefinanzierung ausgefüllt werden.
- Kopien der Heimrechnungen seit Heimeintritt (maximal der letzten 6 Monate) sind beizulegen.
- Aus Gründen der Einfachheit wurde bei den Fragen für beide Geschlechter ausschliesslich die männliche Form verwendet.

**Drei Fragen nach dem Ausfüllen des Fragebogens**

- Sind alle Fragen vollständig beantwortet?
- Ist der Fragebogen unterschrieben?
- Haben Sie alle erforderlichen Unterlagen beigelegt (inkl. allfälliger Vollmacht)?

Sie können diesen Fragebogen auch auf unserer Internetseite herunterladen.

Wenn Sie bei der Beantwortung Hilfe brauchen, rufen Sie uns an. Wir geben Ihnen gerne Auskunft.

Freundliche Grüsse

SVA St.Gallen

Bitte senden Sie die ausgefüllte Anmeldung an die  
AHV-Zweigstelle Ihrer Wohnsitzgemeinde:

AHV-Zweigstelle

---

---



### Personalien des Ehepartners (nur bei Heimeintritt des Ehepartners)

Versicherten-Nr.	Geburtsdatum
Familienname (auch Name als ledige Person)	Vorname
aktuelle Adresse oder letzte Wohnadresse vor Heimeintritt (Strasse, PLZ, Ort)	

### Adresse Alters-/Pflegeheim des Ehepartners

Alters-/Pflegeheim	Telefon
Adresse	PLZ, Ort
<input type="checkbox"/> dauerhafter Aufenthalt <input type="checkbox"/> befristeter Aufenthalt zur Entlastung <input type="checkbox"/> Ferien-/Schnupperaufenthalt	
Eintrittsdatum	Austrittsdatum (bei vorübergehendem Heimaufenthalt)

► **Kopien der Heimrechnungen seit Heimeintritt (maximal der letzten 6 Monate) sind beizulegen.**

### Zahlungsverbindung des Ehepartners

Kontoinhaber
IBAN-Nr.

► **Begehren auf Auszahlung an Dritte müssen auf einem besonderen Formular gestellt und begründet werden.**

### Vollständigkeit

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass die vorstehenden Angaben vollständig und wahr sind. Sie nehmen zur Kenntnis, dass zu Unrecht bezogene Pflegefinanzierungsleistungen zurückerstattet werden müssen.

### Ermächtigung

Mit Ihrer Unterschrift ermächtigen Sie die SVA St. Gallen bei folgenden Stellen die erforderlichen Auskünfte für die Abklärung des Anspruchs und die Prüfung der Leistungsberechtigung einzuholen: Ärzte, Spitäler, Heilanstalten, Krankenkassen und Heime.

Datum	
Unterschrift des Antragstellers	Unterschrift des Ehepartners

► **Sollte der Antragsteller einen persönlichen Vertreter haben, ist das beiliegende Vollmachtformular ausgefüllt und unterzeichnet diesem Antrag beizulegen. Andernfalls korrespondieren wir ausschliesslich mit dem Antragsteller. Sofern er nicht mehr selbst unterzeichnen kann, benötigen wir ein entsprechendes Arztzeugnis.**

Datum	Unterschrift AHV-Zweigstelle
-------	------------------------------

► **Die Richtigkeit der Angaben wird mit der Unterschrift bestätigt.**

## Vollmacht/Ermächtigung

**Vollmacht** Die aufgeführte Person/Stelle vertritt mich gegenüber der SVA St.Gallen vollumfänglich in den angekreuzten Geschäften.

oder

**Ermächtigung** Die aufgeführte Person/Stelle ist ermächtigt, bei der SVA St.Gallen Auskünfte zu den angekreuzten Geschäften einzuholen.

Hier Geschäfte ankreuzen, die Sie betreffen:

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> AHV-Renten                | <input type="checkbox"/> Beiträge an die AHV/IV/EO        | <input type="checkbox"/> IV-Massnahmen (berufliche/medizinische) und IV-Hilfsmittel |
| <input type="checkbox"/> Ergänzungsleistungen (EL) | <input type="checkbox"/> Erwerbsersatzordnung (EO)        | <input type="checkbox"/> IV-Renten, IV-Taggelder (IV-Stelle und Ausgleichskasse)    |
| <input type="checkbox"/> Pflegefinanzierung (PF)   | <input type="checkbox"/> Familienzulagen (FZ)             | <input type="checkbox"/> Hilflosenentschädigungen (IV-Stelle und Ausgleichskasse)   |
|  | <input type="checkbox"/> Mutterschaftsentschädigung (MSE) |   |

► **Diese Vollmacht/Ermächtigung gilt bis zum schriftlichen Widerruf für die angekreuzten Geschäfte.**

### Meldepflichten bei Leistungsbezügen

Wirtschaftliche und persönliche Änderungen können die Höhe gewisser Leistungen beeinflussen. Solche Änderungen müssen deshalb sofort und unaufgefordert der AHV-Zweigstelle der Wohngemeinde oder der SVA St.Gallen gemeldet werden. Der/Die Unterzeichnende nimmt zur Kenntnis, dass zu viel bezogene Leistungen zurückerstattet werden müssen.

### Vollmachtnehmer/in

Versicherten-Nr. bei natürlichen Personen

Name

Vorname

Adresse

PLZ, Ort

Telefon

E-Mail

Datum

Unterschrift

### Vollmachtgeber/in

Versicherten-Nr.

oder Abrechnungs-Nr. (xxx.xxx oder xx.xxx.xxx)

Name

Vorname

Adresse

PLZ, Ort

Datum

Unterschrift

► **Ist eine Unterschrift aus gesundheitlichen Gründen nicht möglich, ist ein Arztzeugnis beizulegen.**