

Anmeldung zum Bezug einer Ergänzungsleistung zur AHV- oder IV-Rente



Ausgleichskasse
des Kantons Solothurn

Alles rot Hervorgehobene ist zu belegen

Personalien des AHV- oder IV-Rentners periodische Überprüfung

13-stellige
Versicherten-Nr. _____
Vornamen _____
Alle Vornamen – Rufname unterstreichen

Familienname _____
bei Verheirateten und Verwitweten Mädchenname der Ehefrau

Geburtsdatum _____ Tag / Monat / Jahr

Beruf _____

Bei mehrmaliger Verheiratung oder Scheidung sind alle Daten anzugeben	Ledig	Verheiratet	eingetragene Partnerschaft	Verwitwet Inventar + Teilung	Geschieden Urteil	Tatsächlich getrennt	Gerichtlich getrennt Urteil
---	-------	-------------	----------------------------	--	-----------------------------	-------------------------	--

Zivilstand Datum – seit wann? _____

Heimatort _____ Für Ausländer Heimatstaat _____

In der Schweiz ansässig seit _____
Nur für Ausländer

Wohnsitz _____ seit _____
Postleitzahl. Politische Gemeinde und Kanton _____

Adresse _____
Postleitzahl. Wohnort, Strasse, Hausnummer, nähere Ortsbezeichnung, Postbüro _____

Telefon

– eigene Nr. _____

– erreichbar unter Nr. _____

Personalien des Ehegatten In jedem Fall zu beantworten, auch bei Todesfall des Ehegatten, Scheidung oder bei getrennter Ehe

Vornamen _____ Geburtsdatum _____
Alle Vornamen – Rufname unterstreichen Tag, Monat, Jahr

Heimatort _____ In der Schweiz ansässig seit _____
Für Ausländer Heimatstaat Nur für Ausländer

Wohnsitz _____ seit _____
Nur von getrennt Lebenden zu beantworten

Postleitzahl. Politische Gemeinde und Kanton _____

Adresse _____
Postleitzahl. Wohnort, Strasse, Hausnummer, nähere Ortsbezeichnung, Postbüro _____

Personalien der Kinder mit Anspruch auf eine Waisen- oder Zusatzrente

Eheliche Kinder des Rentners

Familienname	Vorname	Geburtsdatum TT MM JJJJ	Wohnort	13-stellige Versicherten-Nummer	Haben Sie Einkommen oder Vermögen?
_____	_____	_____	_____	_____	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	_____	_____	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	_____	_____	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	_____	_____	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	_____	_____	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>

Adoptiv-, Pflege- oder Stiefkinder Zutreffendes bitte unterstreichen

Familienname	Vorname	Geburtsdatum TT MM JJJJ	Wohnort	13-stellige Versicherten-Nummer	Haben Sie Einkommen oder Vermögen?
_____	_____	_____	_____	_____	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	_____	_____	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>

Bei Bevormundeten oder Verbeiständeten

a) Name und Adresse des Vormundes oder Beistandes _____

b) Sitz der Vormundschaftsbehörde _____

Wie wünschen Sie, dass die Ergänzungsleistung ausbezahlt wird? (siehe auch Seite 6)

Überweisung auf **mein Bankkonto (genaue Bezeichnung)**

_____ Kto.-Nr. _____
Name und Adresse der Bank bzw. Filiale IBAN _____

Überweisung auf mein **Postcheck-Konto** PC-Kto.-Nr. _____

Bei Ehepaaren – auf Antrag getrennte Auszahlung

Bankkonto Ehepartner (genaue Bezeichnung)

_____ Kto.-Nr. _____
Name und Adresse der Bank bzw. Filiale IBAN _____

Postcheck-Konto Ehepartner PC-Kto.-Nr. _____

Leer lassen

Zivilstand _____

Wohnkanton _____

ZWST _____

IBAN _____

RK _____

Status _____

EKG _____

SF _____

Ausgaben

Beträge pro Jahr

	Rentner CHF	Ehegatte Partnerin CHF	Kinder CHF	leer lassen
Durchschnittsprämien für Krankenversicherung Versicherungsausweis				
Beiträge an die AHV / IV / EO für Nichterwerbstätige Verfügung				
Familienrechtliche Unterhaltsbeiträge Zahlungs-/ Belastungsanzeigen				
Hypothekarzinsen Bankauszüge				
Kosten für den Unterhalt von Gebäuden Pauschalabzug Kantonale Steuern				
Ausgewiesene Mehrkosten für lebensnotwendige Diät Nichtheimbewohner Ärztliche Verordnung beilegen				
Mietzinsabzug Detaillierter Mietvertrag samt letzter Mietzinserhöhung bzw. Mietzinssenkung oder detaillierte Bestätigung des Vermieters mit aktueller Einzahlungsquittung				
a) Führen Sie einen eigenen Haushalt Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>				
Wenn ja, welche Personen wohnen in Ihrem Haushalt				
Name / Vorname Geburtsjahr Beruf				
b) Mietwert im Jahr brutto				
c) davon jährliche Nebenkosten wie Heizung, Wasser, Hauswart, etc. Ist eine Garage oder Abstellplatz in der Bruttomiete enthalten? Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> wenn ja, Betrag einsetzen				
d) Wenn kein eigener Haushalt geführt wird, bei wem wohnen Sie und wie viele Personen wohnen mit Ihnen zusammen? (bei Verwandten oder Drittpersonen / Zutreffendes unterstreichen Name und Adresse				
Höhe der Pension (Unterkunft und Verpflegung) Tag / Monat / Jahr Zutreffendes unterstreichen / Bescheinigung beilegen				
Ist eine der auf Seite 1 aufgeführten Personen auf einen Rollstuhl angewiesen? Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>				
Wenn ja, wurde der Rollstuhl durch die AHV oder IV finanziert? Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>				
Bemerkungen: _____				
Behinderungsbedingte Mehrkosten für rollstuhlgängige Wohnung				
Heimkosten Welche an der Ergänzungsleistung beteiligten Personen halten sich dauernd in einem Heim oder einer Heilanstalt auf? Ausweis über Pension und Pflegekosten				
Name der Person Heim/Spital Seit wann? Pensions/Pflegetaxe				
_____ pro Tag/Monat				
_____ pro Tag/Monat				
Persönliche Auslagen Heimbewohner				
Lebensbedarf für Nichtheimbewohner				
Sonstige ausgewiesene Ausgaben Belege				

Einnahmen

Beträge pro Jahr

	Rentner CHF	Ehegatte Partnerin CHF	Kinder CHF	leer lassen
Vermögen (Stand 1. Januar des laufenden Jahres)				
Sparguthaben, Wertschriften, Guthaben, Darlehen, Barschaft				
Lebensversicherungen				
Polizen beilegen				
<p>Grundbesitz In- und Ausland <input type="checkbox"/> nicht selbstbewohnt</p> <p>Amtliches Dokument kantonale Steuer beilegen <input type="checkbox"/> selbstbewohnt</p>				
Viehhave, Waren, Fahrhabe (ohne Hausrat)				
Sonstiges Vermögen (z.B. unverteilter Erbschaften)				
Hypothekenschulden				
Andere Schulden, Art der Schulden angeben				
<p>Einkommen</p> <p>Erwerbseinkommen im Vorjahr</p> <p>a) Einkommen aus unselbstständiger Erwerbstätigkeit Lohnausweis Vorjahr</p> <p>b) Naturaleinkommen Verpflegung, Unterkunft, freie Wohnung, andere Naturalbezüge</p> <p>c) Reineinkommen aus selbstständiger Erwerbstätigkeit gemäss Bundessteuerwert Abschluss Vorjahr</p> <p>d) Familien- und Kinderzulagen ohne Ausbildungszulagen abzüglich</p> <p>e) ausgewiesene Erwerbsunkosten; unselbstständige Erwerbstätigkeit Beweismittel</p> <p>f) Beiträge AHV / IV / EO / ALV / BV bei Selbstständigerwerbenden Beitragsverfügung</p> <p>Renten der AHV / IV, ohne Hilflosenentschädigung Postabschnitt oder Bankbeleg</p> <p>Welche Ausgleichskasse zahlt die Rente aus?</p>				
<p>Renten und Pensionen öffentlichen und privaten Rechts aller Art, inkl. Teuerungs- und andere Zulagen, z.B. Renten der SUVA, Militärversicherung, privaten Versicherungen, Pensionskassen, ausländische Sozialversicherungen usw. Rentenausweise</p> <p>Taggelder aus der Krankenversicherung <input type="checkbox"/> Unfallversicherung <input type="checkbox"/> Invalidenversicherung <input type="checkbox"/> Arbeitslosenversicherung <input type="checkbox"/> Erwerbsersatzordnung (EO und/oder MSE) <input type="checkbox"/> Taggeldabrechnungen</p> <p>Brutto-Zinsen aus Sparguthaben, Wertschriften, Darlehen</p> <p>Liegenschaftsertrag brutto <input type="checkbox"/> a) Zinsen aus Miete, Pacht, Untermiete Verträge <input type="checkbox"/> b) Mietwert der eigenen Wohnung</p> <p>Nutzniessung <input type="checkbox"/> Wohnrecht <input type="checkbox"/> Naturalien <input type="checkbox"/> Verpfändung <input type="checkbox"/> verpfändungsähnliche Vereinbarung <input type="checkbox"/> Verträge / Vereinbarungen</p> <p>Familienrechtliche Unterhaltsbeiträge Urteil</p> <p>Leistungen der Krankenkasse bei Heimaufenthalt Bestätigung der Krankenkasse inkl. allfällige Zusatzversicherungen</p> <p>Hilflosenentschädigung der AHV / IV oder SUVA Rentenverfügung</p> <p>Sonstiges Einkommen wie z.B. Prämienverbilligung, Bürgernutzen, Erträge aus unverteilter Erbschaften usw. Dokumente, Vereinbarungen</p> <p>Nähere Bezeichnung:</p>				

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

Ja Nein

Wenn Ja, seit wann?

Wenn ja, Begründung: was hat sich konkret verändert?

Haben sich jemals Vermögen oder einzelne Vermögenswerte (insbesondere auch Grundeigentum) an Dritte übertragen, oder haben Sie auf Einkünfte verzichtet?

Ja Nein

Unterlagen, Verträge usw.

Wenn ja, wann?

Betrag CHF

Empfänger

Bemerkungen:

Haben Sie in einer andern Gemeinde oder in einem andern Kanton bereits eine Ergänzungsleistung zur AHV- oder IV-Rente bezogen?

Ja Nein

Wenn Ja, wo?

Bis wann?

Wir bitten Sie, dem Gesuch die aktuelle Steuerveranlagung beizulegen.

Krankheitskosten und behinderungsbedingte Mehrkosten

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

- Selbstbehalte und Franchise **aus der Grundversicherung (tiefste Franchise)**. (keine Originaldokumente und keine Rechnungen mit Einzahlungsscheinen einreichen)
- Zahnarztkosten, sofern es sich um einen einfachen und zweckmässigen Eingriff handelt (SUVA-Norm). Für Kosten über CHF 1'000.00 ist unbedingt ein Kostenvorschlag einzureichen.
- Spitex, Hilfsmittel, behinderungsbedingte Mehrkosten (Haushalthilfe, Transport zum nächstgelegenen medizinischen Behandlungsort).

Sämtliche Unterlagen wie Abrechnungen der Krankenkasse, ärztliche Verordnungen usw. sind der Gemeindezweigstelle innert 15 Monaten seit Rechnungsstellung einzureichen

Vollständigkeit der Angaben

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass alle vorstehenden Angaben vollständig und wahr sind und dass kein anderes Einkommen und/oder Vermögen vorhanden ist. Sie nehmen zur Kenntnis, dass Sie sich strafbar machen, wenn Sie durch unwahre oder unvollständige Angaben für sich oder andere widerrechtlich eine Ergänzungsleistung erwirken oder zu erwirken versuchen und dass zu Unrecht bezogene Ergänzungsleistungen zurückzuerstatten sind.

Meldepflicht

Sie nehmen ferner zur Kenntnis, dass jede Änderung in den persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnissen der Gemeindezweigstelle oder der Ausgleichskasse des Kantons Solothurn umgehend und unaufgefordert zu melden sind:

Ort und Datum

Unterschrift der Gesuch stellenden Person

Ort und Datum

Unterschrift: der vertretenden Person
(Verwandter, Vormund, Beistand, Behörde) Zutreffendes unterstreichen
Bei Vertretung ist eine Vollmacht oder der Ernennungsakt beizulegen

Vorname, Name und Adresse der Vertretung, sofern diese Anmeldung von ihr unterschrieben wird

Vorname und Name

Adresse

PLZ und Wohnort

Bericht der Gemeindezweigstelle

Stimmen nach Ihren Feststellungen die gemachten Angaben mit den tatsächlichen Verhältnissen überein?

Ja

Nein

Wenn Nein, Begründung und ergänzende Angaben (nötigenfalls auf separatem Blatt)

Bei fehlenden Angaben über Leistungen aus Pensionskasse, Unfall-, Kranken- und Militärversicherung oder Ähnlichem ist der separate Fragebogen (4606) auszufüllen.

Bemerkungen:

Eingang der Anmeldung mit Belegen bei der Gemeindezweigstelle

Ort und Datum

Stempel und Unterschrift

Weiterleitung an die AKSO spätestens 2 Monate nach Eingang der Anmeldung

Ort und Datum

Stempel und Unterschrift der Gemeindezweigstelle

Durch die AKSO auszufüllen

Berechnung der Ergänzungsleistung

Total Ausgaben

CHF _____

Total Einnahmen

CHF _____

Subtotal

CHF _____

Gesetzlicher Höchstbetrag

CHF _____

EL pro Jahr

CHF _____

EL pro Monat

CHF _____

Abweisung

Bemerkungen

Anspruch ab

VM-Datum 1

VM-Grund 1

VM-Datum 2

VM-Grund 2

Datum

Visum

Kontrolle

Gesuch um Auszahlung der EL-Rentenauszahlung an eine Drittperson oder eine Behörde

1. Rentenberechtigte/r

Vorname und Name

Ayant droit

Prénom et Nom

Persona che ha il diritto alla rendita

Nome e Cognome

Adresse

Adresse

Indirizzo

2. Rentenberechtigte Person mit Vormund, Beirat oder Beistand

Vorname, Name und Adresse dieser Vertretung

3. Art und Höhe der Leistung

4. Es wird Drittauszahlung gewünscht

4.1 Auf Begehren der rentenberechtigten Person (in diesem Fall muss sie mit ihrer Unterschrift die Vollmacht erteilen und das Gesuch von der in Ziffer 6 bezeichneten Person oder Behörde unterschreiben lassen).

Grund, weshalb eine Drittauszahlung gewünscht wird.

4.2 Auf Begehren einer Drittperson oder Behörde, weil die zweckmässige Verwendung der Rente durch die rentenberechtigte Person in Frage gestellt ist.

Grund, weshalb die rentenberechtigte Person die Rente nicht selber verwenden kann.

5. Wird die rentenberechtigte Person dauernd unterstützt?

Ja Nein

L'ayant droit est-il assisté de manière durable?

Oui Non

E' assistita continuamente la Persona che ha il diritto alla rendita?

Si No

6. Die Rente soll ausbezahlt werden an:

Vorname und Name der Drittperson oder Bezeichnung der Behörde

La rente doit être versée à

Prénom et nom du tiers ou désignation l'autorité qualifiée

La rendita deve essere pagata a

Nome e Cognome della terza persona, o denominazione dell' autorità

Gewünschte Art der Auszahlung

Barauszahlung

Überweisung auf PC-Konto

PC-Konto-Nr. _____

Überweisung auf Bankkonto

Name und Adresse der Bank _____

IBAN

Kontobezeichnung _____

Konto-Nummer _____

Kontoinhaber _____

7. Die rentenberechtigte Person und die zur Drittauszahlung benannte Person haben von dem ihnen zugestellten Merkblatt Kenntnis genommen.

Die zur Drittauszahlung benannte Person verpflichtet sich:

- die Ausgleichskasse unverzüglich zu benachrichtigen, wenn eine Änderung in den persönlichen oder wirtschaftlichen Verhältnissen der rentenberechtigten Person oder einer andern Person eintritt, die Anspruch auf eine Leistung gibt (Ehefrau, Kinder). Hierher gehören z.B. Verheiratung, Scheidung, Geburt, Tod, Adressänderung, länger als drei Monate andauernder Auslandsaufenthalt der rentenberechtigten Person.
- unrechtmässig bezogene Leistungen zurück zu erstatten und dafür solidarisch zu haften.

Ort und Datum _____

Unterschrift der rentenberechtigten Person oder ihres gesetzlichen Vertreters (entfällt, wenn eine Drittperson oder Behörde gemäss Ziffer 4.2 das Gesuch um Drittauszahlung stellt).

Unterschrift der Drittperson oder Behörde, die Gesuch um Drittauszahlung stellt oder der Drittperson oder Behörde an die die Rente gemäss obiger Vollmacht der rentenberechtigten Person auszurichten ist.

Hinweis: für Einzelheiten über die Möglichkeiten der Drittauszahlung der Leistungen wird auf das Merkblatt 3.05 verwiesen.