Selbstdeklaration

Eingangsdatum:

Personalien

Versichertennummer:

Familienname:

Vorname:

Geburtsdatum:

Wohnort und genaue Adresse:

Wohnsituation

Ich wohne derzeit noch im Heim

Ich wohne in einer Privatwohnung mit:

eigenen Kindern (minderjährig oder Jugendliche bis 25 Jahre in Ausbildung)

1. Kind Geburtsdatum	Ausbildungsende
2. Kind Geburtsdatum	Ausbildungsende
3. Kind Geburtsdatum	Ausbildungsende

(Anzahl) erwachsenen Angehörigen (Kinder und Grosskinder ohne Jugendliche bis 25 Jahre, Eltern, Grosseltern, EhepartnerIn und PartnerIn in eheähnlicher Gemeinschaft)

Falls von diesen jemand eine Hilflosenentschädigung bezieht, bitte AHV-Nummer angeben:

(Anzahl) anderen erwachsenen Personen (ohne Jugendliche bis 25 Jahre)

Ich wohne allein in einer Privatwohnung

Leistungserbringer

Nehmen Sie regelmässig Spitex-Dienste / Pflegekräfte für die Grundpflege in Anspruch? Ja Nein

Werden die Kosten für diese Leistungen von der Krankenkasse finanziert? Ja Nein

Wenn ja, Anzahl Stunden pro Woche / Monat / Quartal:

Wenn ja, Name und Adresse der Krankenkasse:

Für den Nachweis der Spitexleistungen legen Sie folgende Dokumente bei:

- Verfügung der Krankenkasse für die Grundpflege
- Leistungsabrechnungen der Krankenkasse für die letzten 6 Monate
- Rechnungsbelege der Spitexorganisation für die letzten 6 Monate

Besuchen Sie tagsüber eine Institution für Behinderte?

Tage/Woche

Name und Adresse der Institution:

Ja Nein

Übernachten Sie in einem Heim?

Tage/Woche

Name und Adresse der Institution:

Nehmen sie regelmässig behinderungsbedingte Pflege und Hilfe in Anspruch?

- von Angehörigen im selben Haushalt? ja nein

Wenn ja wie oft (täglich, wöchentlich, monatlich, nie) und wie viele Stunden pro Woche oder pro Monat?

- Nehmen Sie Gratis-Hilfe von Personen, die nicht im selben Haushalt wohnen in Anspruch? ja nein

Wenn ja wie oft (täglich, wöchentlich, monatlich, nie) und wie viele Stunden pro Woche oder pro Monat?

- Nehmen Sie Hilfe von Personen, die bezahlt werden, in Anspruch? ja nein

Wenn ja wie oft (täglich, wöchentlich, monatlich, nie) und wie viele Stunden pro Woche oder pro Monat?

Welche behinderungsbedingten Dienstleistungen, Hilfeleistungen und Hilfsmittel bezahlen Sie selber von Ihrem eigenen Geld vor dem Assistenzbeitrag?

Wie viel bezahlen sie dafür?

CHF/Monat oder CHF/Jahr

Werden Sie voraussichtlich auch zukünftig (mit dem Assistenzbeitrag) Hilfe und Pflege von Angehörigen im selben Haushalt in Anspruch nehmen? ja nein

Wenn ja, wie oft (Frequenz) und wie viel (Std./Woche)

Beziehen Sie Ergänzungsleistungen? ja nein
Falls ja, legen Sie bitte eine Kopie der Verfügung für die letzten 12 Monate bei.

Beziehen Sie Kantonale Beihilfe zur IV? ja nein
Falls ja, legen Sie bitte eine Kopie der Verfügung für die letzten 12 Monate bei.

Werden Ihnen Krankheits- und Behinderungskosten vergütet? ja nein
Falls ja, legen Sie bitte eine Kopie der Abrechnung der Krankheitskosten für die letzten 12 Monate bei.

Umschreibung der Behinderung

Beschreiben Sie bitte kurz Ihre Behinderung und welche Art von Hilfe Sie benötigen.

(z.B. „Ich sitze im Rollstuhl, kann aber selber transferieren“ oder „Ich muss bei allen Verrichtungen angeleitet werden, kann sie dann aber selber vornehmen“ oder „ich bin vollständig auf Hilfe angewiesen und meine Pflege/Betreuung wird durch starke Spasmen erschwert“ oder „ich bin weitgehend selbständig, benötige jedoch bei den Haushaltarbeiten Hilfe“). Führen Sie auch speziell auf, wenn Sie z.B. nicht sprechen können.

Kreuzen Sie auf den folgenden Seiten an, was Sie gegebenenfalls mit Hilfsmitteln selbständig können und wobei Sie Hilfe benötigen. Dabei spielt es keine Rolle, ob die Hilfe indirekt (Anleiten, Überwachen, Kontrollieren) oder direkt (Hilfe bei der Ausführung oder Übernahme der Ausführung) nötig ist. Ist die aufgeführte Tätigkeit für Sie nicht wichtig, kreuzen Sie einfach nichts an.

Dabei bedeuten die jeweiligen Stufen folgendes:

- Stufe 0: Sie sind selbständig (mit Hilfsmitteln) und benötigen keine Hilfe
- Stufe 1: Sie können fast alles selbst erledigen, benötigen aber punktuell Hilfe
- Stufe 2: Sie können einen Teil der Verrichtung/Tätigkeit selbständig übernehmen, andernteils ist direkte Hilfe oder stete Anleitung und Kontrolle nötig
- Stufe 3: Sie benötigen viel Hilfe, können aber eine kleine Eigenleistung erbringen
- Stufe 4: Sie können gar nichts selbständig tun und benötigen bei allem umfassende direkte Hilfe oder ständige Anleitung und Überwachung

1. Alltägliche Lebensverrichtungen

Hilfebedarf	Stufe 0 Sie sind selbständig (mit Hilfsmitteln) und benötigen keine Hilfe	Stufe 1 Sie können fast alles selbst erledigen, benötigen aber punktuell Hilfe	Stufe 2 Sie können einen Teil der Verrichtung selbständig übernehmen, andernteils ist direkte Hilfe oder stete Anleitung und Kontrolle nötig	Stufe 3 Sie benötigen viel Hilfe, können aber eine kleine Eigenleistung erbringen	Stufe 4 Sie können gar nichts selbständig tun und benötigen bei allem umfassende direkte Hilfe oder ständige Anleitung und Überwachung
An-/Auskleiden: Kleider zusammenstellen, an-/ausziehen inkl. Hilfsmittel					
Aufstehen/Absitzen/Abliegen und Fortbewegung in der Wohnung: aus dem Bett, Transfers, lagern etc.					
Essen/Trinken: einschenken, schöpfen etc., Nahrung zum Mund führen					
Körperpflege: Transfer in Badewanne, duschen, Zähne putzen, Haare, Nägel					
Notdurft: Transfer, Blase/Darm entleeren, säubern, an-/auskleiden					

Hier können Sie Besondere Bemerkungen zum Hilfebedarf bei den Alltäglichen Lebensverrichtungen anbringen (z.B. Zusatzbedarf aufgrund Spasmen, Hilfsmiteleinsetz, spezielle pflegerische Massnahmen):

2. Haushalt

Kinder und Jugendliche bis 25 Jahre, die noch bei den Eltern im gleichen Haushalt leben, müssen diesen Teil nicht ausfüllen.

Hilfebedarf	Stufe 0 Sie sind selbständig (mit Hilfsmitteln) und benötigen keine Hilfe	Stufe 1 Sie können fast alles selbst erledigen, benötigen aber punktuell Hilfe	Stufe 2 Sie können einen Teil der Verrichtung selbständig übernehmen, andererseits ist direkte Hilfe oder stete Anleitung und Kontrolle nötig	Stufe 3 Sie benötigen viel Hilfe, können aber eine kleine Eigenleistung erbringen	Stufe 4 Sie können gar nichts selbständig tun und benötigen bei allem umfassende direkte Hilfe oder ständige Anleitung und Überwachung
Administration: Planung / Organisation des Haushalts / der Assistenz, Korrespondenz, Einzahlungen usw.					
Ernährung: Mahlzeiten zubereiten, abwaschen, Küche in Ordnung halten					
Wohnungspflege: Ordnung machen, Bett machen, Staub wischen, Fenster putzen, kleine handwerkliche Arbeiten					
Einkauf und weitere Besorgungen: Einkaufsplanung, Umgang mit Geld, Ware aussuchen/einpacken, transportieren, einräumen, Ämter, Post					
Wäsche /Kleiderpflege: Waschmaschine, trocknen, nähen, flicken, bügeln					

Hier können Sie Besondere Bemerkungen zum Hilfebedarf im Haushalt anbringen (inkl. Arzt- und Therapiebesuche):

3. Gesellschaftliche Aktivitäten und Freizeitgestaltung

Hilfebedarf	Stufe 0 Sie sind selbständig (mit Hilfsmitteln) und benötigen keine Hilfe	Stufe 1 Sie können fast alles selbst erledigen, benötigen aber punktuell Hilfe	Stufe 2 Sie können einen Teil der Verrichtung selbständig übernehmen, andernteils ist direkte Hilfe oder stete Anleitung und Kontrolle nötig	Stufe 3 Sie benötigen viel Hilfe, können aber eine kleine Eigenleistung erbringen	Stufe 4 Sie können gar nichts selbständig tun und benötigen bei allem umfassende direkte Hilfe oder ständige Anleitung und Überwachung
Hobby /Sport, Tiere /Pflanzen: vorlesen, erläutern, Medien nutzen, Transfer, Kleidung, Zeit gestalten, Handreichungen, Tätigkeit ausüben					
Gesellschaftliche Kontakte: Kommunikation, Kontakte herstellen/pflegen					
Mobilität: Transport/ÖV, Verkehrssicherheit, architektonische Hindernisse, Fortbewegung					
Ferien / Reisen: Selbstsorge, Haushalt, Mobilität					

Hier können Sie Besondere Bemerkungen zum Hilfebedarf in der Freizeit anbringen:

4. Kinderbetreuung

Wenn Sie keine Kinder haben oder diese nicht von Ihnen betreut werden, füllen Sie diesen Teil nicht aus.

Hilfebedarf	Stufe 0 Sie sind selbständig (mit Hilfsmitteln) und benötigen keine Hilfe	Stufe 1 Sie können fast alles selbst erledigen, benötigen aber punktuell Hilfe	Stufe 2 Sie können einen Teil der Verrichtung selbständig übernehmen, andernteils ist direkte Hilfe oder stete Anleitung und Kontrolle nötig	Stufe 3 Sie benötigen viel Hilfe, können aber eine kleine Eigenleistung erbringen	Stufe 4 Sie können gar nichts selbständig tun und benötigen bei allem umfassende direkte Hilfe oder ständige Anleitung und Überwachung
Kleinkinderpflege (bis 4 Jahre): verpflegen, wickeln, baden, spielen, beruhigen, draussen begleiten					
Erziehungsaufgaben (4-18 Jahre): Hausaufgaben, Elternabend, usw.					

Hier können Sie Besondere Bemerkungen zum Hilfebedarf bei der Kinderbetreuung anbringen:

Falls Sie getrennt/geschieden sind und Ihre Kinder nur teilweise betreuen, an wie vielen Tagen pro Woche sind diese bei Ihnen?

5. Gemeinnütziges Engagement

Wenn Sie kein gemeinnütziges Engagement ausüben (werden), füllen Sie diesen Teil nicht aus.

Hilfebedarf	Stufe 0 Sie sind selbständig (mit Hilfsmitteln) und benötigen keine Hilfe	Stufe 1 Sie können fast alles selbst erledigen, benötigen aber punktuell Hilfe	Stufe 2 Sie können einen Teil der Verrichtung selbständig übernehmen, andererseits ist direkte Hilfe oder stete Anleitung und Kontrolle nötig	Stufe 3 Sie benötigen viel Hilfe, können aber eine kleine Eigenleistung erbringen	Stufe 4 Sie können gar nichts selbständig tun und benötigen bei allem umfassende direkte Hilfe oder ständige Anleitung und Überwachung
Tätigkeit: Arbeitseinteilung, Arbeitsmoral, Arbeitsklima, Tätigkeit vorbereiten, Tätigkeit ausüben					
An/Auskleiden: Arbeits- und Schutzkleidung					
Mobilität: Transport /ÖV, Verkehrssicherheit, architektonische Hindernisse, Fortbewegung intern					

Hier können Sie Besondere Bemerkungen zum Hilfebedarf beim gemeinnützigem Engagement anbringen:

Um welches gemeinnützige Engagement handelt es sich dabei?

Wie hoch ist Ihr Einsatz pro Woche (in Stunden)?

➤ Wenn möglich, legen Sie bitte eine Bestätigung der Organisation bei, für welche Sie gemeinnützig arbeiten:

6. Bildung

Besuchen Sie eine Regelklasse im Rahmen der obligatorischen Schulzeit, eine Sonderschule oder eine Eingliederungsstätte, kann der entsprechende Bedarf hier nicht geltend gemacht werden.

Hilfebedarf	Stufe 0 Sie sind selbständig (mit Hilfsmitteln) und benötigen keine Hilfe	Stufe 1 Sie können fast alles selbst erledigen, benötigen aber punktuell Hilfe	Stufe 2 Sie können einen Teil der Verrichtung selbständig übernehmen, andernteils ist direkte Hilfe oder stete Anleitung und Kontrolle nötig	Stufe 3 Sie benötigen viel Hilfe, können aber eine kleine Eigenleistung erbringen	Stufe 4 Sie können gar nichts selbständig tun und benötigen bei allem umfassende direkte Hilfe oder ständige Anleitung und Überwachung
Tätigkeit: Arbeitseinteilung, Arbeitsmoral, Arbeitsklima, Tätigkeit vorbereiten, Tätigkeit ausüben					
An/Auskleiden: Arbeits- und Schutzkleidung					
Mobilität: Transport/ÖV, Verkehrssicherheit, architektonische Hindernisse, Fortbewegung intern					

Hier können Sie Besondere Bemerkungen zum Hilfebedarf bei der Aus-/Weiterbildung anbringen:

Welche Aus-/Weiterbildung absolvieren Sie / werden Sie absolvieren?

Beginn der Aus- oder Weiterbildung (Datum):

Ende der Aus- oder Weiterbildung (Datum):

Anzahl Ausbildungsstunden pro Woche:

➤ *Wenn möglich, legen Sie bitte eine Bestätigung der Bildungsstätte/des Lehrbetriebes bei.*

7. Arbeit

Besuchen Sie eine Beschäftigungsstätte, eine Werkstatt oder Tagesstätte, kann der entsprechende Bedarf hier nicht geltend gemacht werden.

Hilfebedarf	Stufe 0 Sie sind selbständig (mit Hilfsmitteln) und benötigen keine Hilfe	Stufe 1 Sie können fast alles selbst erledigen, benötigen aber punktuell Hilfe	Stufe 2 Sie können einen Teil der Verrichtung selbständig übernehmen, andernteils ist direkte Hilfe oder stete Anleitung und Kontrolle nötig	Stufe 3 Sie benötigen viel Hilfe, können aber eine kleine Eigenleistung erbringen	Stufe 4 Sie können gar nichts selbständig tun und benötigen bei allem umfassende direkte Hilfe oder ständige Anleitung und Überwachung
Tätigkeit: Arbeitseinteilung, Arbeitsmoral, Arbeitsklima, Tätigkeit vorbereiten, Tätigkeit ausüben					
An/Auskleiden: Arbeits- und Schutzkleidung					
Mobilität: Transport/ÖV, Verkehrssicherheit, architektonische Hindernisse, Fortbewegung intern					

Hier können Sie Besondere Bemerkungen zum Hilfebedarf bei der Arbeit anbringen:

Welche Tätigkeit üben Sie aus / werden Sie ausüben?

Wie hoch ist Ihr Arbeitspensum pro Woche / wird es sein (in Stunden)?

Wie hoch ist Ihr Lohn pro Monat / wird er sein?

➤ Legen Sie bitte eine Kopie des Arbeitsvertrages oder eine Bestätigung des Arbeitgebers über Pensum und Lohn oder einen Nachweis der Ausgleichskasse für Ihre selbständige Tätigkeit bei.

8. Überwachung

Ja Nein

Müssen Sie tagsüber dauernd überwacht werden?

Falls ja, warum? (Beatmung, Selbst-/ Fremdgefährdung, Anderes)

9. Nachtassistenz

Ja Nein

Benötigen Sie in der Nacht Assistenz?

Falls ja, warum? (Beatmung, Selbst-/ Fremdgefährdung, Umlagern, Anderes)

In wie vielen Nächten pro Woche wird die Assistenz benötigt?

Wie lang dauert die Hilfeleistung?

➤ *Bitte legen Sie ein Arzzeugnis bei, das die Notwendigkeit der Assistenz während der Nacht bestätigt.*

10. Akute Phasen bei stark schwankendem Hilfebedarf

Ja Nein

Haben Sie voraussichtlich akute Phasen, während derer Sie mehr Hilfe benötigen?

Falls ja, warum? (schizophrene Krisen, Schübe bei Multipler Sklerose, Anderes)

11. Beratung

Benötigen Sie Beratung und Unterstützung rund um den Assistenzbeitrag? ja nein

Falls ja, warum und wo/bei wem werden Sie die Beratung durchführen lassen?

Wer hat die Selbstdeklaration ausgefüllt?

Versicherte Person selbständig
Versicherte Person zusammen mit Vertrauensperson
gesetzliche Vertretung

Der/die Unterzeichnende bestätigt, seine/ihre Antworten wahrheitsgetreu und vollständig erteilt zu haben.

Ort und Datum

Unterschrift der versicherten Person
und /oder ihrer gesetzlichen Vertretung

.....

Beilagen:

Ausbildung:

Bestätigung der Bildungsstätte/des Lehrbetriebes

Arbeit:

Arbeitsvertrag oder Bestätigung des Arbeitgebers oder Bestätigung für selbständige Tätigkeit

Gemeinnütziges Engagement:

Bestätigung der Organisation

Nacht:

Arztzeugnis

Spitex:

Verfügung der Krankenkasse für die Grundpflege, Leistungsabrechnungen der Krankenkasse für die letzten 6 Monate, sowie die Rechnungsbelege der Spitex für die letzten 6 Monate

Ergänzungsleistungen:

Verfügungen der letzten 12 Monate

Kantonale Beihilfe:

Verfügung der letzten 12 Monate

Krankheits- und Behinderungskosten:

Abrechnungen der letzten 12 Monate