

Informationen:  
 041 819 04 25  
 info@aksz.ch  
 www.aksz.ch



# Anmeldung Pflegefinanzierung bei stationärem Heimaufenthalt

Ausgleichskasse/IV-Stelle Schwyz  
 Postfach 53  
 6431 Schwyz

## 1 Personalien Antragsteller/in

Frau                       Herr

Nachname \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Adresse **vor** Heimeintritt:

Strasse \_\_\_\_\_

PLZ / Ort \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Telefon-Nr. \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

Krankenkasse \_\_\_\_\_

Versicherten-Nr. 

7	5	6	.																	
---	---	---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Zivilstand

ledig

verheiratet seit \_\_\_\_\_

eingetr. Partnerschaft seit \_\_\_\_\_

verwitwet seit \_\_\_\_\_

getrennt seit \_\_\_\_\_

geschieden seit \_\_\_\_\_

ja, im Kanton \_\_\_\_\_

nein

Beziehen Sie Ergänzungsleistungen zur AHV/IV

## 2 Alters- / Pflegeheim

Name Heim \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

PLZ / Ort \_\_\_\_\_

dauerhafter Aufenthalt                       befristeter Aufenthalt zur Entlastung                       Ferien-/Schnupperaufenthalt

Eintrittsdatum \_\_\_\_\_

Austrittsdatum (bei vorübergehendem Aufenthalt) \_\_\_\_\_

## 3 Beistandschaft

Besteht eine Beistandschaft                       ja                       nein

Wenn ja, Sitz der Beistandschaftsbehörde \_\_\_\_\_

Name / Vorname des Beistandes \_\_\_\_\_

**Bitte Kopie des Beistandschaftsbeschlusses beilegen.**

## 4 Auszahlung

### Pflegeheimaufenthalt innerhalb des Kantons Schwyz

Bei einem Heimaufenthalt im Kanton Schwyz wird die Zahlung der Pflegerestkosten grundsätzlich direkt ans Heim vorgenommen.

Die Versicherten können mit einem schriftlich begründeten Gesuch in Ausnahmefällen und auf expliziten Wunsch die Vergütung der Pflegerestkosten an sich beantragen.

### Pflegeheimaufenthalt ausserhalb des Kantons Schwyz

Bei einem Heimaufenthalt ausserhalb des Kantons Schwyz erfolgt die Auszahlung der Pflegerestkosten an die Versicherten. Die Heimrechnungen sind monatlich zur Rückvergütung einzureichen.

### Zahlungsverbindung des Heimbewohners

Kontoinhaber \_\_\_\_\_

IBAN-Nr. CH

## 5 Meldepflicht

Wir machen Sie auf die umgehende Meldepflicht aufmerksam. Melden Sie uns alle persönlichen Änderungen, welche einen Einfluss auf die Leistungen haben können. Dies betrifft vor allem den Heimaufenthalt (Änderung der Pflegestufe, Spitalaufenthalt, Heimwechsel, Tod) und die Krankenkasse. Die versäumte Meldung kann die Rückzahlung von zu viel ausbezahlten Leistungen zur Folge haben.

## 6 Erforderliche Unterlagen

- Versicherungspolice Krankenkasse
- Kopie Heimrechnung seit Heimeintritt (maximal 5 Jahre rückwirkend)
- Beistandschaftsbeschluss (sofern vorhanden)
- Vollmachtsformular (sofern vorhanden)

## 7 Unterschrift

### 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. Sie machen sich strafbar, wenn Sie durch unwahre oder unvollständige Angaben für sich oder andere widerrechtliche Pflegekosten erwirken oder zu erwirken versuchen.

### Ermächtigung

Mit Ihrer Unterschrift ermächtigen Sie die Ausgleichskasse Schwyz zur Einholung von Auskünften bei anderen öffentlichen Ämtern und Anstalten sowie bei den Krankenkassen und Privatversicherungen.

\_\_\_\_\_  
Ort und Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Antragsteller/in oder Beistand

Informationen:  
041 819 04 25  
info@aksz.ch  
www.aksz.ch



# Vollmachtsformular

Ausgleichskasse / IV-Stelle Schwyz  
Postfach 53  
6431 Schwyz

Ich als Vollmachtgeber/in:

Vollmachtgebende natürliche Person	Vollmachtgebendes Unternehmen
Name / Vorname: _____	Firma: _____
Adresse: _____	Kontaktperson: _____
PLZ / Ort: _____	Adresse: _____
Geburtsdatum: _____	PLZ / Ort: _____
E-Mail-Adresse: _____	E-Mail-Adresse: _____
Telefonnummer: _____	Telefonnummer: _____
Versichertennummer: _____	Abrechnungs-Nr.: _____

bevollmächtigte:

bevollmächtigte natürliche Person	bevollmächtigtes Unternehmen
Name / Vorname: _____	Firma: _____
Adresse: _____	Kontaktperson: _____
PLZ / Ort: _____	Adresse: _____
Geburtsdatum: _____	PLZ / Ort: _____
E-Mail-Adresse: _____	E-Mail-Adresse: _____
Telefonnummer: _____	Telefonnummer: _____
Versichertennummer: _____	Abrechnungs-Nr.: _____

meine Interessen in Bezug auf Beiträge und Leistungen nachfolgender Sozialversicherungen, insbesondere der Alters- und Hinterlassenenversicherung, der Invalidenversicherung, der Erwerbsersatzordnung, der Mutterschaftsentschädigung, der Prämienverbilligung, der Familienzulagen und der Ergänzungsleistungen zur AHV/IV sowie der Pflegefinanzierung gegenüber der Ausgleichskasse, der IV-Stelle und der Familienausgleichskasse Schwyz, zu vertreten.

Ich befreie die Ausgleichskasse, die IV-Stelle und die Familienausgleichskasse Schwyz von der beruflichen und gesetzlichen Schweigepflicht und ermächtige sie, dem/der Bevollmächtigten Auskünfte zu erteilen und Akteneinsicht zu gewähren.

Ich stimme zu, dass inskünftig sämtliche Korrespondenz mit der Ausgleichskasse, der IV-Stelle und der Familienausgleichskasse Schwyz zuhanden des Bevollmächtigten geht.

Diese Vollmacht ist bis zu ihrem schriftlichen Widerruf gültig.

*Es ist mir und der bevollmächtigten natürlichen Person / dem bevollmächtigten Unternehmen bekannt, dass wirtschaftliche und persönliche Änderungen die Bezugsberechtigung bei den verschiedenen Leistungsarten beeinflussen können.*

*Die Unterzeichneten nehmen zur Kenntnis, dass unvollständige und unwahre Auskünfte sowie eine allfällige Verletzung der Meldepflicht den gesetzlichen Strafbestimmungen unterstehen (Art. 79 ATSG; Art. 87-91 AHVG; Art. 70 IVG; Art. 31 ELG, Art. 25 EOG, Art. 23 FamZG und Art. 23 FLG) und zu Rückforderungsansprüchen führen können. Wir verpflichten uns, Änderungen der persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnisse individuell und umgehend der zuständigen Ausgleichskasse, IV-Stelle und der Familienausgleichskasse schriftlich zu melden.*

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift Vollmachtgeber/in: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift Vollmachtnehmer/in: \_\_\_\_\_