



**Anmeldung zum Bezug einer Ergänzungsleistung (EL) zur AHV/IV**

**I. Personalien**

Im Doppel ausfertigen

**Durch AHV-Zweigstelle auszufüllen**

Eingang der Anmeldung bei der AHV-Zweigstelle

Datum: \_\_\_\_\_

Nr. Zweigstelle

Versicherten-Nummer

Auch Mädchenname der Ehefrau oder Witwe Rufname unterstreichen

Familienname \_\_\_\_\_ Vornamen \_\_\_\_\_

Tag Monat Jahr Letzter ausgeübter Beruf

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Beruf \_\_\_\_\_

Zivilstand ledig\* verheiratet\* verwitwet\* geschieden\* <sup>\*\*</sup> tatsächlich\* getrennt gerichtlich\* getrennt <sup>\*\*</sup>

Seit wann? Datum einsetzen \_\_\_\_\_

Für Ausländer/innen Heimatstaat \_\_\_\_\_ Nur für Ausländer/innen (Bestätigung Fremdenpolizei beilegen)

Heimatort \_\_\_\_\_ In der Schweiz wohnhaft seit: \_\_\_\_\_

Politische Gemeinde und Kanton \_\_\_\_\_

Wohnsitz \_\_\_\_\_ seit: \_\_\_\_\_

Postleitzahl, Wohnort, Strasse, Hausnummer, nähere Ortsbezeichnung, Heim, Spital

Adresse \_\_\_\_\_

**II. Personalien des Ehepartners** (auch bei getrennter Ehe zu beantworten)

Versicherten-Nummer

Rufname unterstreichen

Familienname \_\_\_\_\_ Vornamen \_\_\_\_\_

Tag Monat Jahr Letzter ausgeübter Beruf

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Beruf \_\_\_\_\_

Für Ausländer/innen Heimatstaat \_\_\_\_\_ Nur für Ausländer/innen (Bestätigung Fremdenpolizei beilegen)

Heimatort \_\_\_\_\_ In der Schweiz wohnhaft seit: \_\_\_\_\_

Politische Gemeinde und Kanton (nur von getrennt Lebenden zu beantworten)

Wohnsitz \_\_\_\_\_ seit: \_\_\_\_\_

Postleitzahl, Wohnort, Strasse, Hausnummer, nähere Ortsbezeichnung, Heim, Spital

Adresse \_\_\_\_\_

**III. Personalien der Kinder mit Anspruch auf eine Waisen- oder Kinderrente**  
**Eheliche Kinder der rentenberechtigten Personen**

Versicherten-Nummer

Familienname	Vorname	Geburtsdatum Tag Monat Jahr	Wohnort
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

**Adoptiv-, Pflege-, Stiefkinder, Kinder aus geschiedener Ehe oder aussereheliche Kinder\***

Familienname	Vorname	Geburtsdatum Tag Monat Jahr	Wohnort
_____	_____	_____	_____

**IV. Vormundschaft/Beistandschaft**

Steht eine der oben aufgeführten Personen unter Vormundschaft?  ja  nein oder Beistandschaft?  ja  nein

Wenn Ja, welche Person? \_\_\_\_\_

Sitz der Vormundschaftsbehörde \_\_\_\_\_ (Ernennungsurkunde beilegen)

Name und Adresse des Vormunds/ \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**V. Auszahlung der EL**

- Bei Auszahlung der AHV/IV-Rente durch die Ausgleichskasse des Kantons Bern:  
Eine allfällige EL wird **zusammen mit der Rente** ausbezahlt.
- Bei Auszahlung der AHV/IV-Rente durch eine andere Ausgleichskasse:  
Eine allfällige EL ist auszurichten an:

Bankkonto Name/Ort der Bank: \_\_\_\_\_  
Konto-Nummer: \_\_\_\_\_

Postcheckkonto-Nummer: \_\_\_\_\_

Barauszahlung (*schriftliche Begründung beilegen*)

**VI. Wirtschaftliche Verhältnisse**

(Bitte Wegleitung beachten)

**1. Ausgaben**

- 1.2 Prämien für Krankenversicherung (*Gültige Versicherungsausweise beilegen*)
  - a) Prämien für obligatorische Grundversicherung
  - b) Bestehen Zusatzversicherungen?  
wenn ja, Prämienbetrag
- 1.4 Beiträge an die AHV/IV/EO (nur für Nichterwerbstätige; Erwerbstätige s. Ziffer 3.2f)
- 1.5 Geleistete familienrechtliche Unterhaltsbeiträge
- 1.6 Hypothekarzinsen\*\*
- 1.7 Kosten für den Unterhalt von Gebäuden\*\* (Wegleitung beachten)

Jahresbeträge (sofern nichts anderes verlangt)		
AHV/IV-Rentner	Ehegatte	Kinder
Fr.	Fr.	Fr.
<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	

- 1.9 Mietzins
  - a) Wird ein eigener Haushalt geführt?  
Wenn JA, welche Personen wohnen im gleichen Haushalt?

Name, Vorname	Geburtsdatum	Beruf
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

- b) Mietzins oder Eigenmietwert (*Nettobetrag ohne Nebenkosten; Beleg beilegen*) (Zimmer/Wohnung\*)
- c) Zuschlag für Nebenkosten, wie Heizung, Warmwasser, Hauswart usw. (*Beleg beilegen*)
- d) Wird die Mietwohnung durch den/die Mieter/in selber beheizt? Wenn JA, wie?
- e) Einkommen aus Untermiete (für möblierte Zimmer)
- f) Wenn kein eigener Haushalt geführt wird, bei wem wohnt der/die Versicherte (bei Verwandten oder bei Drittpersonen\*)?  
Name und Adresse: \_\_\_\_\_

ja       nein

\_\_\_\_\_ im Tag/Monat/Jahr\*

ja       nein

- g) Ist eine der an der EL beteiligten Personen auf einen Rollstuhl angewiesen?

- 1.10 Heimkosten  
Welche an der Ergänzungsleistung beteiligten Personen halten sich dauernd in einem Heim oder in einer Heilanstalt auf? (*Tarifausweis des Heims beilegen*)

Name der Person	Heim/Heilanstalt	seit wann?
_____	_____	_____
_____	_____	_____

\_\_\_\_\_ im Tag

\_\_\_\_\_ im Tag

- 1.12 Sonstige ausgewiesene Ausgabe (*Belege beilegen*)

\_\_\_\_\_

**2. Vermögen**

- 2.1 Sparguthaben, Wertschriften, Guthaben, Darlehen und Barschaft\* (*Belege beilegen*)
- 2.2 Lebensversicherung und Leibrente (Rückkaufswert und Versicherungspolice)  
Abschlussjahr \_\_\_\_\_ Ablaufjahr \_\_\_\_\_ Versicherungssumme Fr. \_\_\_\_\_  
(*Die Bescheinigung der Versicherungsgesellschaft ist beizulegen*)
- 2.3 Grundeigentum, einschliesslich Stockwerkeigentum:  
(*Beleg betr. aml. Wert beilegen*)
  - a) Nichtlandwirtschaftl. Liegenschaften
  - b) Landwirtschaftliche Liegenschaften


Wohnt eine der an der EL beteiligten Personen in der Liegenschaft?

ja       nein

- 2.4 Viehhabe, Waren, Fahrhabe\* (ohne Hausrat)
- 2.5 Sonstiges Vermögen\*\*\* (*Unterlagen beilegen*)
- 2.6 Hypothekarschulden
- 2.7 Andere ausgewiesene Schulden (*Belege beilegen*)


\* Zutreffendes unterstreichen  
\*\* Nur soweit es sich um Kosten handelt, die nicht in Ziffer 3.2 c als Gewinnungskosten enthalten sind  
\*\*\* z. B. unverteilter Erbschaften, Guthaben bei Vorsorgeeinrichtung (Säule 3 a / Freizügigkeitseinrichtung)



### VIII. Krankheits- und Behinderungskosten

Folgende Kosten können im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen separat vergütet werden, soweit sie nicht aufgrund der Bestimmungen anderer Versicherer, insbesondere der Kranken-, Unfall- oder Invalidenversicherung, finanziert werden:

- Kostenbeteiligungen für Leistungen der Krankenkasse in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung
- Zahnarzt - Hilfe, Pflege und Betreuung zu Hause sowie in Tagesstrukturen
- Hilfsmittel - Transporte zum nächstgelegenen medizinischen Behandlungsort

Sämtliche Unterlagen wie Abrechnungen der Krankenkasse, Originalrechnungen, ärztliche Verordnungen usw. sind quartalsweise bei der **AHV-Zweigstelle** einzureichen. Eine Vergütung ist ausgeschlossen, wenn die Einreichung bei der AHV-Zweigstelle nicht innert **15 Monaten** nach Rechnungsstellung erfolgt.

### IX. Vollmacht

Mit der Unterzeichnung dieses Formulars werden alle in Betracht fallenden Personen und Stellen, also namentlich Ärzte, medizinische Hilfspersonen, Heilanstalten, Heime, Krankenkassen, berufliche Vorsorgeeinrichtungen, Privatversicherungen, ermächtigt, der AKB und der zuständigen AHV-Zweigstelle die für die Abklärung des Anspruchs auf Ergänzungsleistungen erforderlichen **Auskünfte** zu erteilen und Akten zur Einsichtnahme zu überlassen. Die Steuerbehörden werden vom Steuergeheimnis entbunden und ausdrücklich ermächtigt und beauftragt, den obgenannten Stellen auf Verlangen die vollständigen Originalsteuerakten auszuhändigen.

### X. Vollständigkeit der Angaben

Der/Die Unterzeichnete bestätigt, dass die vorstehenden Angaben vollständig und wahr sind und dass er über kein anderes Einkommen und Vermögen verfügt. Er nimmt Kenntnis, dass er sich strafbar macht, wenn er durch unwahre oder unvollständige Angaben für sich oder andere widerrechtlich eine Ergänzungsleistung erwirkt oder zu erwirken versucht, und dass er zu Unrecht bezogene Ergänzungsleistungen zurückzuerstatten hat.

### XI. Meldepflicht

Er/Sie nimmt ferner zur Kenntnis, dass er jede Änderung in seinen persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnissen der AHV-Zweigstelle **sofort und unaufgefordert zu melden** hat.

Ort und Datum:

Unterschrift der Person, die EL beantragt, oder des/der gesetzlichen Vertreters/Vertreterin (Verwandte/Vormund/Beistand/Behörde)\*

\_\_\_\_\_

Name und Vorname

Adresse der vertretenden Person, sofern diese unterschreibt

### XII. Bericht der AHV-Zweigstelle

1. Die Personalien auf Seite 1 wurden geprüft aufgrund von \_\_\_\_\_

2. Stimmen nach Ihren Feststellungen die gemachten Angaben mit den tatsächlichen Verhältnissen überein? JA/NEIN\*  
Wenn NEIN, Begründung und ergänzende Angaben:

3. Ist der EL-Ansprecher bzw. die EL-Ansprecherin für das Vorjahr steuerlich veranlagt:

a) für Einkommen  ja  nein

wenn JA, Taxation Fr. \_\_\_\_\_

b) für Vermögen  ja  nein

wenn JA, Taxation Fr. \_\_\_\_\_

4. Ergänzende oder berichtigende Angaben:

Datum der Weiterleitung an AKB:

Stempel und Unterschrift der AHV-Zweigstelle:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Der Anmeldung (Doppel bleibt bei der AHV-Zweigstelle) sind beizulegen:  
- Postabschnitte, evtl. Rentenverfügungen, Rechnungen oder andere erwähnte Belege  
- Ausgefülltes Berechnungsblatt

\* Zutreffendes unterstreichen