Antrag für Überbrückungsleistungen für ältere Arbeitslose

Wichtige Hinweise

- Die Ausgleichskasse fragt einen Auszug aus Ihrem individuellen Konto (IK) ab, bevor sie Ihre Anmeldung überprüft. So ermittelt die Ausgleichskasse die Dauer und Höhe Ihrer AHV-Beiträge
- Reichen Sie Ihre Anmeldung im Kanton Basel-Stadt, Genf oder Zürich ein? Hier ist das Vorgehen etwas anders. Bitte bestellen Sie Ihren IK-Auszug vorab unter www.ahv-iv.ch/de/Merkblätter-Formulare/Bestellung-Kontoauszug. Legen Sie den IK-Auszug Ihrer Anmeldung bei. Vielen Dank!
- Wenn Sie in wenigen Monaten 62 Jahre (Frauen), bzw 63 Jahre (Männer) alt werden, wird von Ihnen ausserdem eine Rentenvorausberechnung verlangt werden, um einen allfälligen Anspruch auf Ergänzungsleistungen zu prüfen.
- Bitte legen Sie Kopien der verlangten Unterlagen bei. Wir behalten diese bei uns.
- Bitte füllen Sie das Formular sorgfältig und vollständig aus. Damit vermeiden Sie Rückfragen und beschleunigen die Bearbeitung.

1. Personalien der gesuchstellenden Person

In welchem Land ist Ihr Wohnsitz?

Anspruchsberechtigt für die Überbrückungsleistungen sind Personen, die im Sinne der AHVG obligatorisch versichert sind.

Bei Auswahl Wohnsitz ausserhalb CH, EU, EFTA wird das Formular gestoppt und dieser Hinweis eingeblendet.

1.1 Name

Auch Name als ledige Person

1.2 Vorname

Rufname in Grossbuchstaben

1.3 Geburtsdatum

TT, MM, JJJJ

1.4 Versichertennummer

756

AHV 13-stellig, Eingabe ohne Punkt und Leerzeichen.
Die AHV-Nummer finden Sie auch auf Ihrer schweizerischen Krankenversicherungskarte.

1.5 Geschlecht

- ☐ männlich
- ☐ weiblich

1.6 Zivilstand

seit

TT, MM, JJJJ

Beilagen: Wohnsitzbestätigung bei Wohnsitz im Ausland

1.7 Adresse

Strasse

Hausnummer

Telefon / Mobile

E-Mail

1.8 Staatsangehörigkeit

Staatsangehörigkeit

Schweizer Bürgerrecht seit

TT, MM, JJJJ

Heimatort / Kanton

Bei Wohnsitz in der Schweiz

Politische Gemeinde

seit

TT, MM, JJJJ

in der Schweiz wohnhaft seit

TT, MM, JJJJ

Aufenthaltsbewilligung

Beilagen: Aktuelle Aufenthaltsbewilligung

Bei Wohnsitz in der EU/EFTA

Wann sind Sie zuletzt in der Schweiz erwerbstätig gewesen?

von

TT, MM, JJJJ

bis

TT, MM, JJJJ

Adresse des Arbeitgebers

Name, Adresse, Ort, Telefon

Wann sind Sie zuletzt in der Schweiz wohnhaft gewesen?

von

TT, MM, JJJJ

bis

TT, MM, JJJJ

1.9 Besteht eine Beistandschaft?

☐ ja ☐ nein

Wenn ja: Name und Adresse des Beistandes

Sitz der Erwachsenenschutzbehörde

Beilage: Kopie der Ernennungsurkunde zur Beistandschaft und die Beschreibung der Pflichten und Aufgaben

2. Personalien der Ehepartnerin / des Ehepartners resp. der eingetragenen Partnerin / des eingetragenen Partners

In welchem Land ist Ihr Wohnsitz?

2.1 Name

Auch Name als ledige Person

2.2 Vorname

Rufname in Grossbuchstaben

2.3 Geburtsdatum

TT, MM, JJJJ

2.4 Versichertennummer

756

AHV 13-stellig, Eingabe ohne Punkt und Leerzeichen.
Die AHV-Nummer finden Sie auch auf Ihrer schweizerischen Krankenversicherungskarte.

2.5 Adresse

Strasse

PLZ, Ort

Telefon / Mobile

E-Mail

2.6 Staatsangehörigkeit

Staatsangehörigkeit

Schweizer Bürgerrecht seit

TT, MM, JJJJ

Heimatort / Kanton

Bei Wohnsitz in der Schweiz

Politische Gemeinde

seit

TT, MM, JJJJ

in der Schweiz wohnhaft seit

TT, MM, JJJJ

Aufenthaltsbewilligung

Beilagen: Aktuelle Aufenthaltsbewilligung

Bei Wohnsitz in der EU/EFTA

Wann ist Ihre Partner/in zuletzt in der Schweiz erwerbstätig gewesen?

von

TT, MM, JJJJ

bis

TT, MM, JJJJ

Adresse des Arbeitgebers Ihrer Partnerin / Ihres Partners

Name, Adresse, Ort, Telefon

Wann ist Ihre Partnerin / Ihr Partner zuletzt in der Schweiz wohnhaft gewesen?

von

TT, MM, JJJJ

bis

TT, MM, JJJJ

3. Aussteuerung ALV

3.1 Aussteuerung ALV

Wann endet Ihr Anspruch auf Taggelder der Arbeitslosenversicherung

Datum

TT, MM, JJJJ

Beilagen:
Letzte Taggeldabrechnung der Arbeitslosenkasse und allfällige Schreiben über Ende des Anspruches/Rahmenfrist

4. Familienrechtliche Unterhaltsbeiträge

Sind Sie unterhaltspflichtig? ☐ ja ☐ nein

CHF

pro Jahr

Ist Ihre Partnerin / Ihr Partner unterhaltspflichtig? ☐ ja ☐ nein

CHF

pro Jahr

Beilagen: Unterhaltsvereinbarung und aktueller Zahlungsbeleg

5. Krankenversicherung

5.1 Grundversicherung

Bei welcher Krankenkasse sind Sie versichert (Grundversicherung KVG)?

Bei welcher Krankenkasse ist Ihre Partnerin / Ihr Partner versichert?

Beilagen: Aktuelle Policen (auch jene der Kinder)

5.2 Zusatzversicherung

Haben Sie oder Ihre Partnerin / Ihr Partner eine Krankenkassen-Zusatzversicherung (VVG)? ☐ ja ☐ nein

Bei welcher Krankenkasse sind Sie versichert?

Bei welcher Krankenkasse ist Ihre Partnerin / Ihr Partner versichert?

Beilagen: Aktuelle Policen (auch jene der Kinder)

5.3 Prämienverbilligung

Erhalten Sie oder Ihre Partnerin / Ihr Partner Prämienverbilligung? ☐ ja ☐ nein

Beilagen: Aktueller Entscheid über die Prämienverbilligung (auch jene der Kinder)

6. Wohnsituation

6.1 Personen im gleichen Haushalt

Wohnen Sie alleine? ☐ ja ☐ nein

Welche Personen leben mit Ihnen im gleichen Haushalt?

Name

Vorname

Geburtsdatum

Arbeitgeber/Schule

TT, MM, JJJJ

Handelt es sich um ein Familienmitglied oder ein WG-Partnerin / Partner?

☐ Familienmitglied ☐ WG-Partnerin / Partner

Name

Vorname

Geburtsdatum

Arbeitgeber/Schule

TT, MM, JJJJ

Handelt es sich um ein Familienmitglied oder ein WG-Partnerin / Partner?

☐ Familienmitglied ☐ WG-Partnerin / Partner

Name

Vorname

Geburtsdatum

Arbeitgeber/Schule

TT, MM, JJJJ

Handelt es sich um ein Familienmitglied oder ein WG-Partnerin / Partner?

☐ Familienmitglied ☐ WG-Partnerin / Partner

6.2 Mieter

Wie hoch ist der Nettomietzins Ihrer Wohnung/Liegenschaft (ohne Garage/Parkplatz)?

CHF

pro Jahr

Wie hoch sind die vertraglichen Nebenkosten Ihrer Wohnung/Liegenschaft?

CHF

pro Jahr

Beheizen Sie die Wohnung/Liegenschaft auf Ihre Kosten selbst?

☐ ja ☐ nein

Beilagen:
Mietvertrag resp. letzte Mietzinsänderung und aktueller Zahlungsbeleg (z. B. Bankbelastung)
Bei Selbstbeheizung: Quittungen/Rechnungen zu den entstandenen Heizungskosten (z. B. Öl, Holz, etc.)

6.3 Übrige Wohnformen

Wohnen Sie in Ihrer eigenen Wohnung/Liegenschaft?

☐ ja ☐ nein

Falls nicht, haben Sie ein Wohnrecht? ☐ ja ☐ nein

Falls nicht, haben Sie ein Nutzniessungsrecht? ☐ ja ☐ nein

Wie hoch ist der Eigenmietwert der Wohnung/Liegenschaft? CHF
pro Jahr

Beilage: Amtlicher Beleg des Eigenmietwertes

6.4 Rollstuhl

Sind Sie auf einen Rollstuhl angewiesen? ☐ ja ☐ nein

Beilage: Kostengutsprache der IV-Stelle für einen Rollstuhl

7. Diverse Ausgaben

7.1 Nichterwerbstätigenbeiträge

Bezahlen Sie Nichterwerbstätigenbeiträge an die AHV/IV/EO? ☐ ja ☐ nein CHF
pro Jahr

Bezahlt Ihre Partnerin / Ihr Partner Nichterwerbstätigenbeiträge an die AHV/IV/EO? ☐ ja ☐ nein CHF
pro Jahr

7.2 Sonstige Ausgaben

Haben Sie sonstige Ausgaben ausserhalb des täglichen Lebensbedarfs? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, welche?

Beilagen: Belege und Beitragsverfügungen

8. Vermögen

Bei der ersten Anmeldung ist das Vermögen per 1. des Monats des Anspruchsbeginns massgebend.

8.1 Vorsorgeguthaben der 2. Säule

Führen Sie die Versicherung der 2. Säule weiter? ☐ ja ☐ nein

Falls ja, wie hoch sind die Beiträge, die Sie pro Jahr einzahlen? CHF
pro Jahr

Beilagen:
Bestätigung der Pensionskasse über die Weiterführung der Versicherung gemäss Art. 47 und Art. 47a BVG und die Höhe der jährlichen Beiträge.

Haben Sie vor der Aussteuerung Einkäufe in die 2. Säule getätigt? ☐ ja ☐ nein

Falls ja, wie hoch war der Betrag, den Sie einbezahlt haben? CHF

Beilagen: Belege zu den getätigten Einkäufen in die 2. Säule

8.2 Obligatorische berufliche Vorsorge/Pensionskasse (2. Säule)

Erhalten Sie eine Rente aus der beruflichen Vorsorge/Pensionskasse? ☐ ja ☐ nein CHF
pro Jahr

Erhält Ihre Partnerin / Ihr Partner eine Rente aus der beruflichen Vorsorge/Pensionskasse? ☐ ja ☐ nein CHF
pro Jahr

Beilagen: Rentenentscheid und eine aktuelle Gutschriftanzeige

Falls nicht, ist ein Entscheid ausstehend? ☐ ja ☐ nein

Ist bei Ihrer Partnerin / Ihrem Partner ein Entscheid ausstehend? ☐ ja ☐ nein

Beilagen: Stand der Abklärungen

8.3 Kapitalauszahlungen

Wurde Ihnen oder Ihrer Partnerin / Ihrem Partner von einer Einrichtung der beruflichen Vorsorge oder einer Freizügigkeitseinrichtung Kapital ausbezahlt? ☐ ja ☐ nein

Name	Vorname

Grund des Kapitalbezugs	Datum	Betrag
		CHF

Name	Vorname

Grund des Kapitalbezugs	Datum	Betrag
		CHF

Mögliche Gründe für Kapitalbezüge:
(1) Alter/Pensionierung, (2) Finanzierung Wohneigentum, (3) Aufnahme einer selbständigen Erwerbstätigkeit, (4) Tod oder Invalidität des Ehepartners, (5) endgültiges Verlassen der Schweiz, (6) Auflösung Freizügigkeitskonto/-police

Beilagen: Auszahlungsbeleg der Kapitalauszahlung

8.4 Freizügigkeitskonti und -policen der beruflichen Vorsorge

Bestehen für Sie oder für Ihre Partnerin / Ihr Partner ein oder mehrere Freizügigkeitskonti/-policen? ☐ ja ☐ nein

Name	Vorname	Bank/Versicherung	Saldo 31.12. Vorjahr
			CHF
			CHF

Beilagen:
Belege Freizügigkeitskonti/-policen per 31.12. des Vorjahres
Versicherungsausweis 2. Säule, Auszug zum Freizügigkeitskonto, Nachweis Weiterführen der Versicherung in der 2. Säule gemäss Art. 47 und Art. 47a BVG; Belege über Einkäufe in die 2. Säule

8.5 Freiwillige berufliche Vorsorge (Säule 3a)
Vorsorgekonti/-policen

Bestehen für Sie oder für Ihre Partnerin / Ihren Partner ein oder mehrere Vorsorgekonti/-policen? ☐ ja ☐ nein

Name	Vorname	Bank/Versicherung	Saldo 31.12.Vorjahr
			CHF
			CHF

Beilagen: Belege Vorsorgekonti/-policen per 31.12. des Vorjahres

8.6 Auszahlung von Vorsorgeleistungen

Wurden Ihnen oder Ihrer Partnerin / Ihrem Partner Vorsorgeleistungen ausbezahlt? ☐ ja ☐ nein

Name | Vorname

Grund des Kapitalbezugs | Datum | Betrag (CHF)

Name | Vorname

Grund des Kapitalbezugs | Datum | Betrag (CHF)

Mögliche Gründe für Kapitalbezüge:
(1) Alter/Pensionierung, (2) Finanzierung Wohneigentum, (3) Aufnahme einer selbständigen Erwerbstätigkeit, (4) Tod oder Invalidität des Ehepartners, (5) endgültiges Verlassen der Schweiz, (6) Auflösung Freizügigkeitskonto/-police

Beilagen: Auszahlungsbelege der Vorsorgeleistungen

8.7 Konten, Wertschriften, Barschaften, Guthaben und Darlehen von Ihnen/Partnerin/Partner/Kindern

Name	Vorname	Saldo 31.12. Vorjahr	Zinsen 31.12 Vorjahr
		CHF	CHF
		CHF	CHF
		CHF	CHF

Beilagen:
Vollständige Steuererklärung des Vorjahres, Zins/Kapitalausweis per 31.12. des Vorjahres aller Konti/Wertschriften und die Kontauszüge des Vormonates der Anmeldung.

8.8 Lebensversicherungen

Besitzen Sie oder Ihre Partnerin / Ihr Partner eine Lebensversicherung? ☐ ja ☐ nein

Name | Vorname

Versicherer | Rückkaufswert (CHF) | Ablaufdatum

Name | Vorname

Versicherer | Rückkaufswert (CHF) | Ablaufdatum

Beilagen: Police, allg. Vertragsbestimmungen, Beleg mit Rückkaufswert per 31.12. des Vorjahres

8.9 Leibrenten

Haben Sie oder Ihre Partnerin / Ihr Partner eine Leibrente? ☐ ja ☐ nein

Name	Vorname	Versicherer
Rückkaufswert	**Überschussbeteiligung**	**Rente**
CHF	CHF	CHF pro Jahr
Name	**Vorname**	**Versicherer**
Rückkaufswert	**Überschussbeteiligung**	**Rente**
CHF	CHF	CHF pro Jahr

Beilagen: Police, allg. Vertragsbestimmungen und Beleg mit Rückkaufswert per 31.12. des Vorjahres, Beleg für Überschussbeteiligung

8.10 Selbst bewohntes Grundeigentum in der Schweiz oder in einem EU/EFTA-Mitgliedstaat

Besitzen Sie oder Ihre Partnerin / Ihr Partner Grundeigentum (Wohnung/Liegenschaft) in der Schweiz, das Sie selbst bewohnen?	☐ ja ☐ nein
Landwirtschaftliche Liegenschaft	☐ ja ☐ nein
Grundstücknummer	
Baujahr	
Amtlicher Wert	CHF
(Kantonaler) Eigenmietwert	CHF
Hypothekarschulden per 31.12. des Vorjahres	CHF
Hypothekarzinsen/Baurechtszinsen	CHF pro Jahr
Ertrag aus Vermietung/Verpachtung (sofern mehrere Wohneinheiten)	CHF pro Jahr
Haben Sie in den drei Jahren vor der Aussteuerung Hypotheken zurückbezahlt?	☐ ja ☐ nein
Falls ja, wie hoch war der Betrag, den Sie zurückbezahlt haben?	CHF

Beilagen: Entsprechende Formulare der Steuererklärung, aktueller Beleg Hypothekarzinsen, allfällige Belege Amortisation der Hypothek

8.11 Weiteres Grundeigentum

Besitzen Sie oder Ihre Partnerin / Ihr Partner weiteres Grundeigentum (Wohnung/Liegenschaft) in der Schweiz oder im Ausland?	☐ ja ☐ nein
Landwirtschaftliche Liegenschaft	☐ ja ☐ nein
Grundstücknummer	
In welchem Kanton bzw. Land befindet sich das Grundeigentum?	
Baujahr	
Amtlicher Wert	CHF

(Kantonaler) Eigenmietwert — CHF

Hypothekarschulden per 31.12. des Vorjahres — CHF

Hypothekarzinsen/Baurechtszinsen — CHF
pro Jahr

Ertrag aus Vermietung/Verpachtung — CHF
pro Jahr

Beilagen
Ausgefüllte Steuererklärung, aktueller Beleg Hypothekarzinsen
Liegenschaften im Ausland: Kaufvertrag und Grundbuchauszug mit Katasterwert

8.12 Unverteilte Erbschaften

Sind Sie an einer oder mehreren unverteilten Erbschaften beteiligt? ☐ ja ☐ nein — CHF

Ist Ihre Partnerin / Ihr Partner an einer oder mehreren unverteilten Erbschaften beteiligt? ☐ ja ☐ nein — CHF

Beilagen: Detaillierte Aufstellung/Unterlagen der unverteilten Erbschaft (z. B. Steuerinventar, Erbgangsurkunde, Erbteilungsakten etc.)

8.13 Übrige Vermögenswerte von Ihnen/Partnerin/Partner/Kindern
z. B. Fahrzeuge, Kunstsammlungen, Viehhabe, Edelmetalle etc.

Name	Vorname	Art des Vermögenswertes	Wert 31.12. Vorjahr
			CHF
			CHF

Beilagen: Detaillierte Belege

8.14 Schulden

Name	Vorname	Art der Schuld	Schuld 31.12 Vorjahr
			CHF
			CHF

Beilagen Detaillierte Aufstellung mit Belegen

8.15 Diverses

Haben Sie oder Ihre Partnerin / Ihr Partner jemals Grundeigentum oder andere Vermögenswerte an Familienangehörige/Dritte übertragen, verkauft, verschenkt, als Erbvorbezug abgetreten oder haben Sie auf Einkünfte (wie z. B. Wohnrecht, Nutzniessung etc.) verzichtet? ☐ ja ☐ nein

Grundeigentum/Vermögenswert/Einkunft	Datum TT, MM, JJJJ	Wert
		CHF
		CHF

Beilagen:
Grundeigentum: Vollständige und notariell beglaubigte Verträge/Vereinbarungen sowie allfällige Liegenschaftsaufwände und -erträge zum Zeitpunkt der Übertragung des Grundeigentums

Beilagen: Übrige Vermögenswerte: Detaillierte Belege bei Schenkungen und Verzichten aller Art

9. Einnahmen

Bei der ersten Anmeldung ist auf die Einnahmen per 1. des Monats des Anspruchsbeginns abzustellen. Sollte ein Einkommen unverändert aus dem Vorjahr übernommen werden können, kann auf darauf abgestellt werden.

9.1 Angaben zur Erwerbstätigkeit

Sind Sie selbständig erwerbstätig? ☐ ja ☐ nein CHF
pro Jahr

Sind Sie unselbständig erwerbstätig? ☐ ja ☐ nein CHF
pro Jahr

Aktueller Beschäftigungsgrad %

Beilagen:
Lohnausweis Vorjahr und aktuelle monatliche Lohnabrechnung;
Selbständigerwerbende: Geschäftsabschluss/Bilanz und Erfolgsrechnung des Vorjahres sowie Steuererklärung

9.2 Bemerkungen

9.3 Aktueller bzw. letzter Arbeitgeber

Name und Adresse des Arbeitgebers

Name, Adresse, Ort, Telefonnummer

seit
MM, JJJJ

bis (bei aufgelöstem Arbeitsverhältnis)
MM, JJJJ

9.4 Erwerbstätigkeit Ihrer Partnerin / Ihres Partners

Ist Ihre Partnerin / Ihr Partner erwerbstätig? ☐ ja ☐ nein CHF
pro Jahr

Wenn nein, was ist der Grund?

Sind Ihre Kinder (aus dem gleichen Haushalt) erwerbstätig? ☐ ja ☐ nein CHF

Beilagen:
Lohnausweis Vorjahr und aktuelle monatliche Lohnabrechnung
Bei erwerbstätigen Kindern: Lehr- bzw. Praktikumsvertrag/aktuelle monatliche Lohnabrechnung
Selbständigerwerbende: Geschäftsabschluss/Bilanz und Erfolgsrechnung des Vorjahres

Ehepartnerin / Ehepartner:
Nach den geltenden gesetzlichen Bestimmungen ist dem nicht-ÜL-berechtigten Partner bei Verzicht auf die Erzielung eines Erwerbseinkommens ein zumutbares Mindesteinkommen anzurechnen.

Beilagen: Schriftliche Stellenbewerbungen/Absagen der Firmen

9.5 Gewinnungskosten

z. B. Fahrt zum Arbeitsplatz, Mehrkosten für auswärtige Verpflegung, Berufskleider

Haben Sie ausgewiesene Gewinnungskosten? ☐ ja ☐ nein CHF pro Jahr

Hat Ihre Partnerin / Ihr Partner ausgewiesene Gewinnungskosten? ☐ ja ☐ nein CHF pro Jahr

Beilagen: Detaillierte Belege (auch für die Kosten der Kinder)

9.6 AHV-/IV-Rente / Weitere Renten / Ergänzungsleistungen / Überbrückungsleistungen

Erhalten Sie eine AHV- oder eine IV-Rente? ☐ ja ☐ nein CHF pro Jahr

Erhält Ihre Partnerin / Ihr Partner eine AHV-, IV-Rente oder ein Taggeld? ☐ ja ☐ nein CHF pro Jahr

Wurde für Sie oder Ihre Partnerin / Ihr Partner eine Anmeldung für Leistungen der IV beantragt? ☐ ja ☐ nein

Erhalten Sie oder Ihre Partnerin / Ihr Partner eine Rente einer anderen Sozialversicherung (Militär-, Unfallversicherung etc.)? ☐ ja ☐ nein CHF pro Jahr

Von welcher Versicherung?

Erhalten Sie oder Ihre Partnerin / Ihr Partner kantonale oder andere Leistungen? ☐ ja ☐ nein CHF pro Jahr

Welche Leistungen?

Erhalten Sie oder Ihre Partnerin / Ihr Partner Ergänzungsleistungen? ☐ ja ☐ nein CHF pro Jahr

Erhalten Sie bereits Überbrückungsleistungen oder haben Sie früher solche bezogen? ☐ ja ☐ nein CHF pro Jahr

Von welchem Kanton?	von	bis

Erhält Ihre Partnerin / Ihr Partner Überbrückungsleistungen? ☐ ja ☐ nein CHF pro Jahr

Beilagen: Rentenverfügungen, Verfügung Überbrückungsleistungen

Erhalten Sie Taggelder der Invaliden-, Unfall-, Militär- oder Krankenversicherung? ☐ ja ☐ nein CHF pro Jahr

Erhält Ihr Ehepartner oder erhalten Ihre Kinder Taggelder der Arbeitslosen-, Invaliden-, Unfall-, Militär- oder Krankenversicherung? ☐ ja ☐ nein

Name	Vorname	Art des Taggeldes	Betrag pro Jahr
			CHF
			CHF
			CHF

Beilagen:
Verfügungen und Abrechnungen anderer Taggelder

9.7 Übrige Renten

Erhalten Sie, Ihre Partnerin / Ihr Partner oder Ihre Kinder eine Rente aus dem Ausland? ☐ ja ☐ nein

Name	Vorname	Art der Rente	Betrag pro Jahr
			CHF
			CHF

Beilagen: Rentenentscheid, Mitteilungen über Anpassungen und aktueller Zahlungsbeleg

9.8 Hilflosenentschädigung (HE)

Erhalten Sie eine HE der AHV/IV/Unfall-/Militärversicherung? ☐ ja ☐ nein CHF pro Jahr

Erhält Ihre Partnerin / Ihr Partner eine HE der AHV/IV/Unfall-/Militärversicherung? ☐ ja ☐ nein CHF pro Jahr

Beilagen: Verfügung und aktuelle Gutschriftsanzeige

9.9 Familien-/Kinderzulagen

Erhalten Sie oder Ihre Partnerin / Ihr Partner Familien- oder Kinderzulagen? ☐ ja ☐ nein CHF pro Jahr

Beilagen: Lohnabrechnungen bzw. Entscheid über Familien-/Kinderzulagen

9.10 Sonstige Einkommen
Nutzniessungen, Wohnrechte, Naturaleinkommen, Burgernutzen etc.

Erzielen Sie oder Ihre Partnerin / Ihr Partner sonstige Einkommen? ☐ ja ☐ nein

Name	Vorname	Art des Einkommens	Pro Jahr
			CHF
			CHF

Beilagen: Detaillierte Belege

10. Krankheits- und Behinderungskosten

Folgende Kosten können Sie einreichen und werden separat vergütet, soweit sie nicht aufgrund der Bestimmungen anderer Versicherer, insbesondere der Kranken-, Unfall- oder Invalidenversicherung, finanziert werden und sofern die Höchstbeträge (Plafonds) nicht erreicht sind.

- Kostenbeteiligungen für Leistungen der Krankenkasse in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung
  Hinweis: Es werden nur Franchisen der Krankenpflegeversicherung in der Höhe von 300 Franken pro Jahr vergütet.
- Zahnarzt
- Hilfe, Pflege und Betreuung zu Hause sowie in Tagesstrukturen
- Hilfsmittel
- Transporte zum nächstgelegenen medizinischen Behandlungsort

Sämtliche Unterlagen wie Abrechnungen der Krankenkasse, Zahnarztrechnungen, ärztliche Verordnungen usw. sind bei der zuständigen Stelle einzureichen. Eine Vergütung ist ausgeschlossen, wenn die Einreichung bei der Durchführungsstelle nicht innert **15 Monaten** nach Rechnungsstellung erfolgt.

11. Auszahlung

Die Auszahlung erfolgt auf das Konto der anspruchsberechtigten Person.

Name und Ort der Bank/Post	IBAN
	CH

Beilagen: Kopie des Bank-/Postkontoauszugs

12. Unterschriften

Vollständigkeit

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass die vorstehenden Angaben vollständig und wahr sind und, dass Sie keine anderen Einkommen und Vermögen haben. Sie nehmen zur Kenntnis, dass Sie sich **strafbar** machen, wenn Sie durch unwahre oder unvollständige Angaben für sich und andere widerrechtlich Überbrückungsleistungen erwirken oder zu erwirken versuchen und, dass zu Unrecht bezogene Überbrückungsleistungen **zurückzuerstatten** sind und mit Strafe bedroht sind.

Meldepflicht

Sie nehmen zur Kenntnis, dass Änderungen in den persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnissen die Höhe der Überbrückungsleistungen beeinflussen können und dass Sie diese (z. B. Adressänderungen, Heirat, Tod des Ehegatten, Beendigung der Lehre oder Schule, Aufnahme oder Aufgabe der Erwerbstätigkeit, Erhöhung oder Verminderung des Einkommens oder Vermögens, Erhalt einer Rente, Liegenschaftsverkäufe, Beginn und Wegfall von Krankenkassenleistungen, Ein- und Austritte bei Alters- und Pflegeheimen) deshalb umgehend Ihrer Durchführungsstelle melden müssen.

Ermächtigung für Auskünfte

Mit Ihrer Unterschrift ermächtigen Sie die Durchführungsstelle, bei folgenden Stellen die erforderlichen Auskünfte für die Abklärungen des Anspruchs und die Prüfung der Leistungsberechtigung einzuholen: Ausgleichskassen der AHV, Arbeitslosenkasse, Ärzte, Zahnärzte, Spitäler, Heime, Krankenkassen, Pensionskassen, öffentliche und private Versicherungen, Sozialhilfeeinrichtungen, Arbeitgeber, Vermieter, Anwälte und Treuhandfirmen. Die Steuerbehörden werden vom Steuergeheimnis entbunden und ausdrücklich ermächtigt und beauftragt, der zuständigen Durchführungsstelle auf Verlangen die vollständigen Steuerakten auszuhändigen.

Mitwirkungspflicht

Eine Verletzung der Mitwirkungspflicht beispielsweise aufgrund von fehlenden Angaben oder Unterlagen hat zur Folge, dass Überbrückungsleistungen erst ab dem Monat ausgerichtet werden, in dem die Durchführungsstelle im Besitz der erforderlichen Informationen und Belege ist.

Ort und Datum	Unterschrift gesuchstellende Person oder gesetzlicher Vertreter	Unterschrift Partnerin / Partner

Gesetzlicher Vertreter:

- ☐ Verwandter
- ☐ Beistand
- ☐ Behörde

Bitte reichen Sie die vollständig ausgefüllte Anmeldung inkl. den notwendigen Belegen bei der zuständigen Durchführungsstelle ein.

13. Auftrag und Vollmacht

Hiermit wird die nachstehend bezeichnete Person beauftragt, die Interessen bezüglich Überbrückungsleistungen gegenüber der Durchführungsstelle zu vertreten. Sie ist die Empfängerin sämtlicher Korrespondenz (Verfügungen, Abrechnungen etc.). Die **bevollmächtigte/beauftragte Person nimmt zur Kenntnis**, dass sie jede Änderung der persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnisse der gesuchstellenden Person(en) sofort und unaufgefordert der Durchführungsstelle zu melden hat. Unvollständige und unwahre Auskünfte sowie eine allfällige Verletzung der Meldepflicht unterstehen den gesetzlichen Strafbestimmungen und können zu Rückforderungen führen. **Die Vollmacht ist bis zum schriftlichen Widerruf gültig.**

Bevollmächtigte/beauftragte Person

Name	Versicherten-Nr.
Vorname	Geburtsdatum
Strasse	Telefon / Mobile
PLZ, Ort	Verwandtschaftsgrad
Datum	Unterschrift

Gesuchstellende Person

Datum	Unterschrift