

## 1. Personalien

### 1.1 Persönliche Angaben

Name

auch Name als ledige Person

Vornamen

alle Vornamen, den Rufnamen bitte in Grossbuchstaben

weiblich  männlich

Geburtsdatum

TT, MM, JJJJ

Versichertennummer

AHV 13-stellig

### 1.2 Gesetzlicher Wohnsitz mit genauer Adresse

Strasse, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

Telefonnummer

E-Mail

Aktueller Aufenthaltsort (falls abweichend vom gesetzlichen Wohnsitz, z. B. Spital- oder Heimaufenthalt)

Name der Institution

Strasse, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

### 1.3 Beistandschaft

Besteht eine Beistandschaft?

ja  nein

Besteht eine Vormundschaft?

ja  nein

Wenn ja, Name und Adresse des Beistandes bzw. Vormundes

Legen Sie dieser Anmeldung eine Kopie der Ernennungsurkunde zur Beistandschaft/Vormundschaft bei.

## 1.4 Staatsangehörigkeit

Schweizer Bürgerinnen und Bürger  
Heimatgemeinde/Kanton

Schweizer Bürgerrecht seit

Ausländische Staatsangehörige  
Staatsangehörigkeit

Datum der Einreise in die Schweiz

## 2. Personalien der Eltern

---

### 2.1 Mutter

#### 2.1.1 Persönliche Angaben

Name

auch Name als ledige Person

Vornamen

alle Vornamen, den Rufnamen bitte in Grossbuchstaben

Zivilstand

#### 2.1.2 Gesetzlicher Wohnsitz mit genauer Adresse

Strasse, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

Telefonnummer

E-Mail

### 2.2 Vater

#### 2.2.1 Persönliche Angaben

Name

auch Name als ledige Person

Vornamen

alle Vornamen, den Rufnamen bitte in Grossbuchstaben

Zivilstand

### 2.2.2 Gesetzlicher Wohnsitz mit genauer Adresse

Strasse, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

--	--

Telefonnummer

E-Mail

--	--

### 2.3 Sorgerecht

Bei getrennt lebenden Eltern: Wem steht das elterliche Sorgerecht zu?

- Gemeinsam                       Mutter                       Vater

Bei unverheirateten Eltern oder bei gemeinsamem Sorgerecht: Wer soll als Korrespondenzempfänger vermerkt werden?

- Mutter                       Vater

### 3. Angaben zur besuchten Schule

Bezeichnung und Adresse der Schule

seit

--	--

TT, MM, JJJJ

--	--

TT, MM, JJJJ

--	--

TT, MM, JJJJ

--	--

TT, MM, JJJJ

### 4. Behörden und Institutionen

Welche Behörden oder Institutionen haben sich bereits mit der Behinderung befasst? (Schulbehörden, Schulpsychologischer Dienst, Erziehungsberatung, Berufsberatungsstellen, öffentliche und private Fürsorgestellen, Soziale Dienste, SUVA usw.)

Name und Ort dieser Stellen

Zeitpunkt


## 5. Angaben zur gesundheitlichen Beeinträchtigung

### 5.1 Nähere Angaben zur Art der gesundheitlichen Beeinträchtigung

### 5.2 Arzt, Spital oder Pflegeheim

Bitte geben Sie uns hier Ihren Hausarzt sowie weitere behandelnde Ärzte, Spitäler oder Pflegeheime an.

Name und Adresse

Fachrichtung

Für welche Leiden?

In Behandlung von

In Behandlung bis

TT, MM, JJJJ

TT, MM, JJJJ

Name und Adresse

Fachrichtung

Für welche Leiden?

In Behandlung von

In Behandlung bis

TT, MM, JJJJ

TT, MM, JJJJ

### 5.3 Ergänzende Bemerkungen

## 6. Ermächtigung zur Erteilung von Auskünften

---

Mit der Geltendmachung des Leistungsanspruchs und der Unterzeichnung dieses Formulars ermächtigt die versicherte Person oder ihr/e Vertreter/in die in der Anmeldung erwähnten Personen und Stellen, den Organen der Invalidenversicherung alle Auskünfte zu erteilen und alle Unterlagen zur Verfügung zu stellen, die für die Abklärung von Leistungs- und Regressansprüchen erforderlich sind. Diese Personen und Stellen sind zur Auskunft verpflichtet. Die in diesem Formular nicht namentlich erwähnten Arbeitgeber, Leistungserbringer nach den Artikeln 36–40 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG), Versicherungen und Arbeitsstellen sind ermächtigt, den Organen der Invalidenversicherung auf Anfrage alle Auskünfte zu erteilen und alle Unterlagen zur Verfügung zu stellen, die für die Abklärung von Leistungs- und Regressansprüchen erforderlich sind. Mit der Unterzeichnung dieses Formulars ermächtigt die versicherte Person oder ihre Vertreterin/ihr Vertreter auch Anwälte/Anwältinnen für den Rückgriff auf Dritte Auskunft zu geben. Sämtliche genannten Personen und Behörden werden von der versicherten Person im Rahmen der vorliegenden Ermächtigung gegenüber den Organen der Invalidenversicherung von ihrer auf Amts- oder Berufsgeheimnis beruhenden Schweigepflicht befreit.

Diese Ermächtigung berechtigt die IV-Stelle, die für die Eingliederung infrage kommenden Stellen (behandelnde Ärzte, Arbeitgebende, Institutionen) zu informieren.

## 7. Unterschrift/Beilagen

---

Der/die Unterzeichnete bestätigt, sämtliche Angaben in diesem Formular und den dazugehörenden Anlagen wahrheitsgetreu und vollständig erteilt zu haben.

Datum

Unterschrift des gesetzlichen Vertreters/der Vertreterin der versicherten Person

### Der Anmeldung sind beizulegen:

- Kopie eines amtlichen Personalausweises (z. B. Geburtsschein, Familienbüchlein, Schriftenempfangsschein), aus dem die Personalien aller in dieser Anmeldung genannten Personen ersichtlich sind
- Für ausländische Staatsangehörige: Kopien des Ausländerausweises der versicherten Person sowie der Eltern

### Gegebenenfalls sind beizulegen:

- Kopien von Arztberichten (z. B. Abklärungsberichte des Schulpsychologischen Dienstes),  
Ernennungsurkunden zur Beistandschaft/Vormundschaft, Todesschein

**Bitte heften Sie die Dokumente nicht zusammen**

## 8. Einreichungsstelle

---

IV-Stelle Solothurn  
Allmendweg 6  
4528 Zuchwil