iv/ai be

IV-Stelle Kanton Bern

Scheibenstrasse 70

3001 Bern

Telefon 058 219 71 11

Fax 058 219 72 72

Webseite: www.ivbe.ch

Formularbezeichnung: IV 318.539\_d

Hinweise zum Ausfüllen dieses Formulars:

Dieses Formular wurde für die Bearbeitung mittels Sprachausgabe angepasst.

Textstellen, an denen Eingaben gemacht werden können, sind mit \_...\_ gekennzeichnet.

Textstellen, an denen Optionen angekreuzt werden sollen, sind mit [] gekennzeichnet.

Das Formular muss ausgedruckt und auf der letzten Seite unterschrieben werden.

Selbstdeklaration

Eingangsdatum: ...

# Personalien

Versicherungsnummer: \_...\_

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 \_...\_

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

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

- anderen erwachsenen Personen (ohne Jugendliche bis 25 Jahre):
Anzahl \_...\_

[] Ich wohne allein in einer Privatwohnung

# Leistungserbringer

Werden Ergänzungsleistungen für Krankheits- und Behinderungskosten für Pflegeleistungen ausgerichtet (gem. Art. 14, Abs. 1 lit. B ELG):

[] Ja

[] Nein

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

[] Ja

[] Nein

Wenn ja, Anzahl Stunden pro Woche: \_...\_
oder Anzahl Stunden pro Monat: \_...\_
oder Anzahl Stunden pro Quartal: \_...\_

Wenn ja, Name und Adresse der Krankenkasse:
\_...\_

→ Bitte legen Sie die Abrechnung des Leistungserbringers der letzten sechs Monate bei.

Besuchen Sie tagsüber eine Institution für Behinderte?

[] Ja

[] Nein

Wenn ja, Anzahl Tage pro Woche: \_...\_

Name und Adresse der Institution: \_...\_

Übernachten Sie in einem Heim?

[] Ja

[] Nein

Wenn ja, Anzahl Tage pro Woche: \_...\_

Name und Adresse der Institution: \_...\_

IV-Rente \_...\_%

Beistandschaft

Haben Sie einen administrativen Beistand, welcher im Rahmen des
Erwachsenenschutzrechtes für seine Arbeit entschädigt wird?

[] Ja

[] Nein

Wenn ja, wieviel Std./Jahr beträgt der durchschnittliche Zeitaufwand des Beistands für administrative und/oder finanzielle Angelegenheiten? \_...\_

# 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 Haushaltsarbeiten Hilfe“). Führen Sie auch speziell auf, wenn Sie z.B. nicht Sprechen können.

\_...\_

Geben 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 relevant, 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 erledigen die Tätigkeit teils selber, bei mehrerem sind Sie auf Hilfe angewiesen oder benötigen stets Anleitung und Kontrolle

Stufe 3:
Sie benötigen viel Hilfe, können aber 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

- **An-/Auskleiden:** Kleider zusammenstellen, an-/ausziehen inkl. Hilfsmittel

Hilfebedarf Stufe \_...\_

- **Aufstehen/Absitzen/Abliegen und Fortbewegung in der Wohnung:** aus dem Bett, Transfers, lagern etc.

Hilfebedarf Stufe \_...\_

- **Essen/Trinken:** einschenken, schöpfen etc., Nahrung zum Mund führen

Hilfebedarf Stufe \_...\_

- **Körperpflege:** Transfer in Badewanne, duschen, Zähne putzen, Haare, Nägel

Hilfebedarf Stufe \_...\_

- **Notdurft:** Transfer, Blase/Darm entleeren, säubern, an-/auskleiden

Hilfebedarf Stufe \_...\_

Hier können Sie besondere Bemerkungen zum Hilfebedarf bei den alltäglichen Lebensverrichtungen anbringen (z.B. Zusatzbedarf aufgrund Spasmen, Hilfsmitteleinsatz, spezielle pflegerische Massnahmen):

\_...\_

## 2. Haushalt

Kinder und Jugendliche bis 25 Jahre, die noch bei den Eltern im gleichen Haushalt leben sowie generell Minderjährige bis 15 Jahre (auch wenn sie nicht im gleichen Haushalt mit den Eltern wohnen), müssen hier keine Stufe ankreuzen. Bemerkungen zu einem allfälligen behinderungsbedingten Mehrbedarf können aber unten angegeben werden.

- **Administration:** Planung / Organisation des Haushalts / der Assistenz, Korrespondenz, Einzahlungen usw.

Hilfebedarf Stufe \_...\_

- **Ernährung:** Mahlzeiten zubereiten, abwaschen, Küche in Ordnung halten.

Hilfebedarf Stufe \_...\_

- **Wohnungspflege:** Ordnung machen, Bett machen, Staub wischen, Fenster putzen, kleine handwerkliche Arbeiten

Hilfebedarf Stufe \_...\_

- **Einkauf und weitere Besorgungen:** Einkaufsplanung, Umgang mit Geld, Ware aussuchen/einpacken, transportieren, einräumen, Ämter, Post

Hilfebedarf Stufe \_...\_

- **Wäsche / Kleiderpflege:** Waschmaschine, trocknen, nähen, flicken, bügeln

Hilfebedarf Stufe \_...\_

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

\_...\_

## 3. Gesellschaftliche Aktivitäten und Freizeitgestaltung

- **Hobby / Sport, Tiere / Pflanzen:** vorlesen, erläutern, Medien nutzen, Transfer, Kleidung, Zeit gestalten, Handreichungen, Tätigkeit ausüben

Hilfebedarf Stufe \_...\_

- **Gesellschaftliche Kontakte:** Kommunikation, Kontakte herstellen/pflegen

Hilfebedarf Stufe \_...\_

- **Mobilität:** Transport/ÖV, Verkehrssicherheit, architektonische Hindernisse, Fortbewegung

Hilfebedarf Stufe \_...\_

- **Ferien / Reisen:** Mehrbedarf gegenüber dem Alltag bei der Selbstsorge, Haushalt, Mobilität

Hilfebedarf Stufe \_...\_

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.

- **Kleinkinderpflege (bis 4 Jahre):** verpflegen, wickeln, baden, spielen, beruhigen, draussen begleiten

Hilfebedarf Stufe \_...\_

- **Erziehungsaufgaben (4 - 18 Jahren):** Hausaufgaben, Elternabend, usw.

Hilfebedarf Stufe \_...\_

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.

- **Tätigkeit:** Arbeitseinteilung, Arbeitsmoral, Arbeitsklima, Tätigkeit vorbereiten, Tätigkeit ausüben

Hilfebedarf Stufe \_...\_

- **An/Auskleiden:** Arbeits- und Schutzkleidung

Hilfebedarf Stufe \_...\_

- **Mobilität:** Transport / ÖV, Verkehrssicherheit, architektonische Hindernisse, Fortbewegung intern

Hilfebedarf Stufe \_...\_

Hier können Sie besondere Bemerkungen zum Hilfebedarf beim gemeinnützigen Engagement anbringen:

\_...\_

Um welches gemeinnützige Engagement handelt es sich dabei?

\_...\_

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

\_...\_

*→* Bitte legen Sie eine Bestätigung bei.

## 6. Aus- und Weiterbildung

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

- **Tätigkeit:** Arbeitseinteilung, Arbeitsmoral, Arbeitsklima, Tätigkeit vorbereiten, Tätigkeit ausüben

Hilfebedarf Stufe \_...\_

- **An/Auskleiden:** Arbeits- und Schutzkleidung

Hilfebedarf Stufe \_...\_

- **Mobilität:** Transport/ÖV, Verkehrssicherheit, architektonische Hindernisse, Fortbewegung intern

Hilfebedarf Stufe \_...\_

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: \_...\_

→ Bitte legen Sie eine Bestätigung der Bildungsstätte / des Lehrmeisters bei.

## 7. Arbeit

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

- **Tätigkeit:** Arbeitseinteilung, Arbeitsmoral, Arbeitsklima, Tätigkeit vorbereiten, Tätigkeit ausüben

Hilfebedarf Stufe \_...\_

- **An/Auskleiden:** Arbeits- und Schutzkleidung

Hilfebedarf Stufe \_...\_

- **Mobilität:** Transport/ÖV, Verkehrssicherheit, architektonische Hindernisse, Fortbewegung intern

Hilfebedarf Stufe \_...\_

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 eine Bestätigung für Ihre selbständige Tätigkeit bei.

## 8. Überwachung

Müssen Sie tagsüber dauernd überwacht werden?

[] Ja

[] Nein

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

\_...\_

## 9. Nachtassistenz

Benötigen Sie in der Nacht Assistenz?

[] Ja

[] Nein

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

\_...\_

In wie viele Nächte pro Woche wird die Assistenz benötigt? \_...\_

Wie lang dauert die Intervention \_...\_

→ Bitte legen Sie ein Arztzeugnis bei, das die Notwendigkeit der Assistenz während der Nacht bestätigt.

## 10. Akute Phasen bei stark schwankenden Hilfebedarf

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

[] Ja

[] Nein

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?
\_...\_

Wer leistet die Beratung und Unterstützung rund um den Assistenzbeitrag oder wer ist dafür vorgesehen?

Bitte die genaue Adresse angeben:

\_...\_

Wer hat die Selbstdeklaration ausgefüllt?

[] behinderte Person selbständig

[] behinderte Person zusammen mit Vertrauensperson

[] gesetzliche Vertretung alleine

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

## Beiliegende Unterlagen

[] Ausbildung: Bestätigung der Bildungsstätte/des Lehrmeister

[] Arbeit: Arbeitsvertrag oder Bestätigung des Arbeitgebers oder Bestätigung für selbständige Tätigkeit

[] Gemeinnütziges Engagement: Bestätigung

[] Nacht: Arztzeugnis

[] Spitex: Abrechnung der letzten sechs Monaten sowie Nachweis der Krankenkasse