



## Anmeldung Übernahme der Pflegekosten bei Langzeitpflege im Heim

Ausgleichskasse/IV-Stelle Schwyz  
Postfach 53  
6431 Schwyz

### 1 Personalien Antragssteller/in

Frau       Herr

Familienname \_\_\_\_\_ Zivilstand \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_  ledig

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

PLZ / Ort \_\_\_\_\_  eingetr. Partnerschaft seit \_\_\_\_\_

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

Versicherten-Nr. 

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

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

Telefon-Nr. \_\_\_\_\_  geschieden seit \_\_\_\_\_

Gesetzlicher Wohnsitz \_\_\_\_\_

### 2 Personalien Vormund / Beistand

Besteht eine Vormundschaft?  ja       nein

Wenn ja, Name des Vormundes \_\_\_\_\_

Adresse des Vormundes \_\_\_\_\_

Besteht eine Beistandschaft?  ja       nein

Wenn ja, Name des Beistandes \_\_\_\_\_

Adresse des Beistandes \_\_\_\_\_

**Bitte Kopie des Dokuments über die Errichtung der Vormundschaft / Beistandschaft beilegen.**

### 3 Personalien Bevollmächtigte/r

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Strasse / Nr. \_\_\_\_\_

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

#### Hinweis:

Die aufgeführte Person oder Firma wird bevollmächtigt, den oder die Antragssteller/in gegenüber der Ausgleichskasse Schwyz rechtsverbindlich zu vertreten. Sämtliche Korrespondenz und Rückfragen werden an die aufgeführte Person oder Firma gerichtet. Diese Vollmacht gilt bis auf schriftlichen Widerruf.

