|  |  |
| --- | --- |
| Rathausgasse 1  3011 Bern  Telefon +41 31 633 42 83  Telefax +41 31 633 40 19  www.gef.be.ch  info.alba@gef.be.ch | Gesundheits- und Fürsorgedirektion  des Kantons Bern  Alters- und Behindertenamt  Rathausgasse 1  3011 Bern |

Deklaration Mitfinanzierer

# Personalien

Name Vorname

|  |  |
| --- | --- |

Geburtsdatum (Tag/Monat/Jahr) Sozialversicherungsnummer

|  |  |
| --- | --- |

# Mitfinanzierer (Gesetzesartikel siehe Zusammenstellung auf Seite 3)

* **Ich beziehe eine Hilflosenentschädigung (HE)** Ja ⬜ Nein ⬜  
  *Wenn ja:*
* Für Hilflosigkeit leichten Grades ⬜

mittleren Grades ⬜

schweren Grades ⬜

* meine HE wird ausbezahlt von: IV (Invalidenversicherung) ⬜

UV (Unfallversicherung) ⬜

MV (Militärversicherung) ⬜

*Wenn nein:* Weshalb erhalten Sie keine Hilflosenentschädigung?

* Ich habe bis jetzt kein Gesuch gestellt: ⬜
* Mein Gesuch ist noch hängig: ⬜
* Ich habe auf mein Gesuch einen abschlägigen Bescheid erhalten: ⬜
* Ich erfülle die Anspruchsbedingungen nicht: ⬜
* Andere Gründe: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ⬜

Bitte geben Sie das Datum des abschlägigen Bescheids bzw. der Einreichung des Gesuchs an: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* **Ich erhalte einen Assistenzbeitrag von der IV** Ja ⬜ Nein ⬜

*Wenn ja:* Bitte Verfügung der Invalidenversicherung betreffend Assistenzbeitrag beilegen.

* **Ergänzungsleistungen:**

1. **Jährliche Ergänzungsleistung**

Ich erhalte eine jährliche ErgänzungsleistungJa ⬜ Nein ⬜

1. **Krankheits- und Behinderungskosten**

Ich erhalte Krankheits- und Behinderungskosten für   
 Hilfe, Pflege und Betreuung zu Hause sowie für Tages-  
 strukturen Ja ⬜ Nein ⬜

*Wenn ja:* Bitte Entscheid der EL-Stelle beilegen.

*Wenn nein:* Warum erhalten Sie keine EL-Leistungen?

* Ich habe bis jetzt kein Gesuch gestellt: ⬜
* Mein Gesuch ist noch hängig: ⬜
* Ich habe auf mein Gesuch einen abschlägigen Bescheid erhalten: ⬜
* Ich erfülle die Anspruchsbedingungen nicht: ⬜
* Andere Gründe: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ⬜

Bitte geben Sie das Datum des abschlägigen Bescheids bzw. der Einreichung des Gesuchs an: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* **Ich erhalte Unterstützung im Rahmen einer Integrationsmassnahme oder anderer beruflichen Massnahmen der Invalidenversicherung**

Ja ⬜ Nein ⬜  
*Wenn ja*: Bitte Verfügung der Invalidenversicherung beilegen.

* **Anderweitige Leistungen**Erhalten Sie anderweitige Leistungen zur Finanzierung von Behinderungskosten?  
  Bitte präzisieren Sie solche Leistungen:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# Unterschrift/Beilagen

Der/die Unterzeichnende bestätigt, dass sämtliche Angaben in diesem Formular und in den dazugehörigen Beilagen wahrheitsgetreu und vollständig sind.

Ort, Datum Ort, Datum

|  |  |
| --- | --- |

Unterschrift (der abzuklärenden Person) Unterschrift gesetzliche Vertretung (falls vorhanden)

|  |  |
| --- | --- |

Bitte prüfen Sie, dass die Deklaration vollständig ausgefüllt ist und alle erforderlichen Unterlagen beiliegen. Die unterzeichnete Deklaration schicken Sie mit allen Beilagen an die Adresse gemäss Adresskopf.

**Beilagen:** (bitte ankreuzen und nur Kopien beilegen)

Verfügung der Invalidenversicherung betreffend Assistenzbeitrag

Verfügung(en)/Kostengutsprachen der kant. Ausgleichskasse zu Ergänzungsleistungen

Verfügung der Invalidenversicherung betreffend Integrationsmassnahme

Weitere

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| Zusammenstellung der massgebenden gesetzlichen Vorgaben und Rahmenbedingungen, welche für die Mitfinanzierung von VIBEL zur Anwendung kommen:   * Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (IVG, SR 831.20) * Bundesgesetz über die Unfallversicherung (UVG, SR 832.20) * Bundesgesetz über die Militärversicherung (MVG, SR 833.1) * Bundesgesetz über die Krankenversicherung, (KVG, SR 832.10) * Bundesgesetz über Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (ELG, SR 831.30) * Einführungsverordnung zum Bundesgesetz über Ergänzungsleistungen zur Alters-,  Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (EV ELG, BSG 841.311)   Im Speziellen kommen diese Gesetzesartikel zur Anwendung: (nicht abschliessende Aufzählung)   * IVG: Artikel 14 sowie Artikel 42quater * UVG: Artikel 10 sowie Artikel 26 * MVG: Artikel 16 sowie Artikel 20 * KVG: Artikel 25 und Artikel 25a * ELG: Artikel 4, 9 sowie Artikel 14 * EV ELG: Artikel 4, Artikel 15 bis 19 |
|
|
|