

Ergänzungsleistungen (EL) zur AHV/IV

EL-Anmeldung infolge Zuzugs in den Kanton Basel-Landschaft

Zur Beachtung:

Bitte füllen Sie das Formular vollständig aus und reichen Sie alle notwendigen Unterlagen ein. Damit vermeiden Sie Rückfragen von unserer Seite und beschleunigen die Bearbeitung Ihrer Anmeldung.

Bevor Sie mit dem Ausfüllen des Formulars beginnen, lesen Sie bitte die folgenden Punkte aufmerksam durch

1. Reichen Sie das Formular (4 Seiten) vollständig inkl. den verlangten Beilagen bei **der SVA Basel-Landschaft** ein.
2. Wir bitten Sie, **alle Fragen durchzulesen und vollständig zu beantworten**.
3. Beantworten Sie alle Fragen **wahrheitsgetreu**. Bei Missbräuchen kann strafrechtlich vorgegangen werden.
4. Bitte legen Sie die verlangten **Beilagen** vollständig dazu (immer alle Seiten und von allen betroffenen Personen). Diese werden **nicht** mehr an Sie **retourniert**. Fertigen Sie also von Original-Dokumenten eine Kopie an.
5. Aus Platzgründen sind viele Fragen nur direkt an Sie gerichtet. Wir benötigen auch immer die **Angaben und Beilagen von Ihrem/Ihrer Ehepartner/in und von Ihren Kindern unter 25 Jahren**.
6. Erwerbseinkommen, Einnahmen, Vermögen und Schulden werden gemäss Angaben des vorherigen Kantons berücksichtigt. Falls diese Angaben nicht mehr korrekt sind, bitten wir sie uns diesbezüglich aktuelle Belege einzureichen. **Wir machen Sie darauf aufmerksam, dass bei einer Revision nicht gemeldete finanzielle Veränderungen zu Rückforderungen führen können.**

Zur besseren Lesbarkeit ist dieses Formular neutral oder in männlicher Form abgefasst.

Stand: Oktober 2024

Persönliche Angaben

Personalien	Gesuchsteller/in	Ehepartner/in
1 AHV-Nr.:	7 5 6 . □ □ □ □ . □ □ □ □ . □ □	7 5 6 . □ □ □ □ . □ □ □ □ . □ □
2 Name:		
3 Vorname:		
4 Geburtsdatum:		
5 aktueller Zivilstand:	<input type="radio"/> ledig <input type="radio"/> verheiratet <input type="radio"/> verwitwet <input type="radio"/> geschieden <input type="radio"/> gerichtlich getrennt <input type="radio"/> freiwillig getrennt seit (Datum):	

Zivilrechtlicher Wohnsitz		
6 Strasse:		
7 PLZ/Ort:		
8 Telefonnummer:		

Angaben zu Kindern (für die ein Anspruch auf Kinder- oder Waisenrente besteht)				
Adoptiv-, Pflege-, Stiefkinder, Kinder aus geschiedener Ehe oder aussereheliche Kinder				
9	Name, Vorname:	Geburtsdatum:	Wohnort:	AHV-Nr.:
				756.
				756.
				756.
				756.

- Bitte beilegen:** Bei **Kindern zwischen 16 und 25 Jahren:** Schulbestätigung bzw. Lehrvertrag oder Praktikumsvertrag beilegen. Ferner sind nachfolgend die finanziellen Verhältnisse dieser Kinder (Einnahmen, Vermögen, etc.) auszuweisen und zu belegen.

 Bei **Kindern unter 11 Jahren**, welche in notwendiger familienergänzender Betreuung (Kindertagesstätten, Einrichtungen für die schulergänzende Betreuung von Kindern oder Tagesfamilien) sind: Belege und Rechnungskopien für die Netto-Betreuungskosten.

Bemerkung	
10	

Angaben zu den Ausgaben

Die Angaben und Beilagen zu den Ausgaben beziehen sich immer auf Sie, Ihre/n Ehepartner/in und Ihre Kinder unter 25 Jahren.

Allgemeine Ausgaben

- 1 Wie heisst Ihre Krankenkasse?
(Grundversicherung)
- **Bitte beilegen:** Kopie der **ab Zuzug BL gültigen Police**
(bitte keine Prämienrechnung/Prämienübersicht)
- 2 Haben Sie eine Zusatzversicherung? ja* nein
- Wenn ja, Name der Krankenkasse:
- ***Bitte beilegen:** Kopie der **aktuellen Zusatz-Police**

Wohnsituation

- 3 **Ich bin Mieter/in.**
Wie ist Ihr Mietverhältnis? Miete
 Untermiete in einem fremden Haus/Wohnung
- Wie hoch sind die Mietkosten? CHF
- **Bitte beilegen:** Kopie Haupt- und ggf. Untermietvertrag bzw. Nachtrag mit der aktuellen Mietzinsänderung und übereinstimmender Beleg von letzter Überweisung (Kopie Dauerauftrag oder Postbüchlein)
- 4 **Ich wohne kostenlos in einem Privathaushalt / bei einer Privatperson.**
Erklärung:
- 5 Wie viele Personen, Sie eingeschlossen, wohnen im gleichen Haushalt? Anzahl Personen:
- Angaben zu den Mitbewohnern/Mitbewohnerinnen**
- | Name, Vorname | Geburtsdatum |
|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
- 6 Benötigen Sie einen Rollstuhl? ja* nein
- ***Bitte beilegen:** Arztzeugnis

Bemerkungen

- 7

Angaben zur aktuellen Situation

Bisherige Ergänzungsleistungen

1 In welchem Kanton haben Sie bisher Ergänzungsleistungen bezogen? _____

seit: _____ von: _____ bis: _____

Angaben zur Zahlungsverbindung

1 Name der Bank/Post: _____

2 Adresse der Bank/Post: _____

3 Vollständiger Name Kontoinhaber/in: _____

4 IBAN: _____

C H

Bei einer Überweisung der Ergänzungsleistung auf ein Bank- bzw. Postkonto wird die Bank bzw. die Postfinance mit der Unterzeichnung dieses Formulars ermächtigt, allenfalls zu Unrecht angewiesene und gutgeschriebene Leistungen ohne weiteres an die Ausgleichskasse zurückzuleiten und dem Konto wieder zu belasten.

Datum/Unterschrift

1 Ort, Datum _____

2 Unterschrift der antragstellenden Person bzw. ihrer Vertretung* _____

Unterschrift des/der Ehepartner/Ehepartnerin _____

● ***Bitte beilegen:** Vollmacht der Vertretung oder eine amtliche Bestätigung der Behörde

3 Angaben zur *Vertretung/Behörde

Die Vertretung ist ein/e _____

Verwandte/r Beistand andere:
 Vormund Behörde

Name, Vorname Vertretung / Name der Behörde: _____

AHV-Nr. (sofern Vertretung eine Person ist): _____

Adresse: _____

Telefon-Nr.: _____

● ***Bitte beilegen:** Vollmacht der Vertretung oder eine amtliche Bestätigung der Behörde