|  |
| --- |
|  |

AHV-Nummer

**Fragebogen für die Revision der Rente und**

**der Hilflosenentschädigung**

Bitte Zutreffendes ankreuzen Versanddatum

 des Fragebogens :

|  |  |
| --- | --- |
| IV-Stelle**Kantonale IV-Stelle Wallis**Av. de la Gare 15Postfach1950 Sion | **Versicherte/r** : Name, Vorname, genaue Adresse, PLZ, Wohnort |

**1. Persönliche Situation seit der erstmaligen Zusprache der Rente / der letzten Revision**

1.1 Aktueller Zivilstand: ledig 🞏

 verheiratet 🞏 seit ? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 eingetragene Partnerschaft 🞏 seit ? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 getrennt 🞏 seit ? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 geschieden 🞏 seit ? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 verwitwet 🞏 seit ? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1.2 Haben Sie Kinder ? ja 🞏 nein 🞏

Name/Vorname : geboren am :

Name/Vorname : geboren am :

Name/Vorname : geboren am :

Name/Vorname : geboren am :

**2. Gesundheitszustand**

2.1 Hat sich Ihr Gesundheitszustand verbessert 🞏 seit wann ? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Verschlechtert 🞏 seit wann ? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 oder ist er gleich geblieben 🞏

2.2 Worin besteht eine allfällige Änderung ?

* 1. Hatten Sie seit Zusprechung der Rente / seit der letzten Revision krankheits- oder unfallbedingte Arbeitsausfälle ?
	ja 🞏 nein 🞏

Wenn ja, Grad der Arbeitsunfähigkeit

vom bis %

vom bis %

vom bis %

vom bis %

2.4 Sind Sie zurzeit in ärztlicher Behandlung oder unter ärztlicher Kontrolle ?

(Adressen der Haus- und Fachärzte und Spitäler angeben)

Wenn ja, bei wem Datum der letzten Konsultation

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

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

Wenn nein, bei wem waren Sie zuletzt in Behandlung oder unter Kontrolle ?

**3. Tätigkeit**

3.1 Sind Sie

unselbständigerwerbend 🞏 selbständigerwerbend 🞏 Landwirt(in) 🞏 im Haushalt tätig 🞏

 nicht erwerbstätig 🞏

3.2 Erfolgte seit der Zusprechung der Rente / seit der letzten Revision aus gesundheitlichen Gründen eine berufliche Umstellung ? ja 🞏 nein 🞏

3.3 Unselbständigerwerbende (ganz- oder teilzeitbeschäftigt)

 Adressen Ihrer Arbeitgeber

3.4 Selbständigerwerbende

 Welches war Ihr Einkommen in den letzten drei Kalenderjahren ?

 2021 Fr. 2020 Fr. 2019 Fr.

3.5 Nebenerwerb

Üben Sie eine Nebenerwerb aus ? ja 🞏 nein 🞏

Art der Erwerbstätigkeit Arbeitgeber Einkommen pro Monat Einkommen pro Jahr

3.6 Freiwilligenarbeit

Gehen Sie einer freiwilligen Arbeit nach (auch unentgeltlich)? ja 🞏 nein 🞏

Welche?

Üben Sie politische und/oder öffentliche Mandate aus (auch unentgeltlich)? ja 🞏 nein 🞏

Welche?

3.7 Arbeitszeit bei Änderung des Gesundheitszustandes seit

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Vor Änderung des Gesundheitszustandes | Nach Änderung des Gesundheitszustandes |
|  | Stunden pro Tag | Stunden pro Woche | Stunden pro Tag | Stunden pro Woche | Seit |
| Als Unselbständig-erwerbende/r |   |   |   |   |   |
|  |   |   |   |   |   |
| Als Selbständig-erwerbende/r |   |   |   |   |   |
|  |   |   |   |   |   |
| Als Landwirt(in) |   |   |   |   |   |
|  |   |   |   |   |   |
| Im eigenenHaushalt tätig |   |   |   |   |   |
|  |   |   |   |   |   |

Erhalten Sie Leistungen von einer Vorsorgekasse der 2. Säule (Pensionskasse)? Falls ja, bitte genauen Namen und die Adresse der beruflichen Vorsorgekasse (Pensionskasse) angeben :

Erhalten Sie Leistungen von anderen Sozialversicherungen ? Falls ja, bitte genauen Namen und die Adresse angeben:

**4. Hilflosigkeit**

4.1 Alltägliche Lebensverrichtungen
Sie Sie bei den folgenden alltäglichen Lebensverrichtungen auf Unterstützung angewiesen?

 ja nein ja nein

Ankleiden/Auskleiden 🞏 🞏 Verrichten der Notdurft 🞏 🞏

Aufstehen/Absitzen/Abliegen 🞏 🞏 Fortbewegung 🞏 🞏

Essen 🞏 🞏 Pflege gesellschaftlicher Kontakte 🞏 🞏

Körperpflege 🞏 🞏

4.2 Benötigen Sie medizinisch-pflegerische Hilfe (beispielsweise tägliches Verabreichen von Medikamenten, Wechseln von Bandagen, usw.)?

 ja 🞏 nein 🞏

4.3 Müssen Sie überwacht werden?

 ja 🞏 nein 🞏

4.4 Lebenspraktische Begleitung

 Sind Sie wegen gesundheitlicher Beeinträchtigungen auf eine lebenspraktische Begleitung (d. h. Hilfe im Sinne von Anleitung/Erklärung zur Ermöglichung des selbständigen Wohnens, bei ausserhäuslichen Verrichtungen und Kontakten oder zur Verhinderung einer dauernden Isolation von der Aussenwelt) angewiesen?

 ja 🞏 nein 🞏

 Wobei und in welcher Form benötigen Sie die Unterstützung?

**5. Bemerkungen**

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

Datum

|  |
| --- |
|       |

Unterschrift des/der Versicherten oder des Vertreters/der Vertreterin

|  |
| --- |
|  |

Adresse des Vertreters/der Vertreterin, sofern der/die Versicherte nicht unterschreiben kann

|  |
| --- |
|       |

**Telefonnummer : Privat : ……………………………………………………...** (von der versicherten Person auszufüllen)

 **Geschäft : ……………………………………………….…** (von der versicherten Person auszufüllen)

 **Natel : …………………………………………………….…** (von der versicherten Person auszufüllen)

**Wichtig**

**Es sind folgende Unterlagen einzureichen:**

Unabhängig davon, ob Sie angestellt, selbständigerwerbend, in der Landwirtschaft tätig, nicht erwerbstätig sind oder den Haushalt besorgen, müssen uns folgende Unterlagen zugestellt werden

* die letzte von der Kantonalen Steuerverwaltung erlassene Veranlagungsverfügung
* Bei Änderungen des Zivilstands: ihr Familienbüchlein und den neuen Identitätsausweis, das Scheidungsurteil, die Trennungsvereinbarung, den Ausweis über die eingetragene Partnerschaft, den Entscheid des Vormundschaftsamtes bei Beistand- oder Vormundschaft.

und zusätzlich für Selbständigerwerbende und Landwirte:

* die Buchhaltungsabschlüsse (Betriebsrechnungen und Bilanzen der letzten drei Jahre, Landwirtschaftsbeilage)