**Anmeldung für Minderjährige: Sonderschulen**

**Berufliche Massnahmen**

1. **Personalien**
   1. **Persönliche Angaben**

Name

|  |
| --- |
|  |

auch Name als ledige Person

Vornamen

|  |
| --- |
|  |

alle Vornamen, den Rufnamen bitte in Grossbuchstaben

weiblich  männlich

Geburtsdatum Versichertennummer

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | 756. |

TT, MM, JJJJ Sozialversicherungsnummer 13-stellig (756.xxxx.xxxx.xx)

* 1. **Gesetzlicher Wohnsitz mit genauer Adresse**

Strasse, Hausnummer Postleitzahl, Ort

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

Telefonnummer E-Mail

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

Aktueller Aufenthaltsort (falls abweichend vom gesetzlichen Wohnsitz, z. B. Spital- oder Heimaufenthalt)

Name der Institution

|  |
| --- |
|  |

Strasse, Hausnummer Postleitzahl, Ort

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

* 1. **Beistandschaft**

Besteht eine Beistandschaft?  ja  nein

Besteht eine Vormundschaft?  ja  nein

Wenn ja, Name und Adresse des Beistandes bzw. Vormundes

|  |
| --- |
|  |

Legen Sie dieser Anmeldung eine Kopie der Ernennungsurkunde zur Beistandschaft/Vormundschaft bei.

* 1. **Staatsangehörigkeit**

**Schweizer Bürgerinnen und Bürger**

Heimatgemeinde/Kanton Schweizer Bürgerrecht seit

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

TT, MM, JJJJ

**Ausländische Staatsangehörige**

Staatsangehörigkeit Datum der Einreise in die Schweiz

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

TT, MM, JJJJ

1. **Personalien der Eltern**
   1. **Mutter**
      1. **Persönliche Angaben**

Name

|  |
| --- |
|  |

auch Name als ledige Person

Vornamen

|  |
| --- |
|  |

alle Vornamen, den Rufnamen bitte in Grossbuchstaben

Zivilstand

|  |
| --- |
|  |

* + 1. **Gesetzlicher Wohnsitz mit genauer Adresse**

Strasse, Hausnummer Postleitzahl, Ort

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

Telefonnummer E-Mail

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

* 1. **Vater**
     1. **Persönliche Angaben**

Name

|  |
| --- |
|  |

auch Name als ledige Person

Vornamen

|  |
| --- |
|  |

alle Vornamen, den Rufnamen bitte in Grossbuchstaben

Zivilstand

|  |
| --- |
|  |

* + 1. **Gesetzlicher Wohnsitz mit genauer Adresse**

Strasse, Hausnummer Postleitzahl, Ort

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

Telefonnummer E-Mail

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

* 1. **Sorgerecht**

Bei getrennt lebenden Eltern: Wem steht das elterliche Sorgerecht zu?

Gemeinsam  Mutter  Vater

Bei unverheirateten Eltern oder bei gemeinsamem Sorgerecht: Wer soll als Korrespondenzempfänger vermerkt werden?

Mutter  Vater

1. **Angaben zur besuchten Schule**

Bezeichnung und Adresse der Schule seit

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

TT, MM, JJJJ

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

TT, MM, JJJJ

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

TT, MM, JJJJ

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

TT, MM, JJJJ

1. **Behörden und Institutionen**

Welche Behörden oder Institutionen haben sich bereits mit der Behinderung befasst? (Schulbehörden, Schulpsychologischer Dienst, Erziehungsberatung, Berufsberatungsstellen, öffentliche und private Fürsorgestellen, Soziale Dienste, Suva usw.)

Name und Ort dieser Stellen Zeitpunkt

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

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

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

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

1. **Angaben zur gesundheitlichen Beeinträchtigung**
   1. **Nähere Angaben zur Art der gesundheitlichen Beeinträchtigung**

|  |
| --- |
|  |

* 1. **Arzt, Spital oder Pflegeheim**

Bitte geben Sie uns hier Ihren Hausarzt sowie weitere behandelnde Ärzte, Spitäler oder Pflegeheime an.

Name und Adresse

|  |
| --- |
|  |

Fachrichtung Für welche Leiden?

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

In Behandlung von In Behandlung bis

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

TT.MM.JJJJ TT.MM.JJJJ

Name und Adresse

|  |
| --- |
|  |

Fachrichtung Für welche Leiden?

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

In Behandlung von In Behandlung bis

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

TT.MM.JJJJ TT.MM.JJJJ

* 1. **Ergänzende Bemerkungen**

|  |
| --- |
|  |

1. **Ermächtigung zur Erteilung von Auskünften**

Mit der Geltendmachung des Leistungsanspruchs und der Unterzeichnung dieses Formulars ermächtigt die versicherte Person oder ihr/e Vertreter/in die in der Anmeldung erwähnten Personen und Stellen, den Organen der Invalidenversicherung alle Auskünfte zu erteilen und alle Unterlagen zur Verfügung zu stellen, die für die Abklärung von Leistungs- und Regressansprüchen erforderlich sind. Diese Personen und Stellen sind zur Auskunft verpflichtet. Die in diesem Formular nicht namentlich erwähnten Arbeitgeber, Leistungserbringer nach den Artikeln 36–40 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG), Versicherungen und Amtsstellen sind ermächtigt, den Organen der Invalidenversicherung auf Anfrage alle Auskünfte zu erteilen und alle Unterlagen zur Verfügung zu stellen, die für die Abklärung von Leistungs- und Regressansprüchen erforderlich sind. Mit der Unterzeichnung dieses Formulars ermächtigt die versicherte Person oder ihre Vertreterin/ihr Vertreter auch Anwälte/Anwältinnen für den Rückgriff auf Dritte Auskunft zu geben. Sämtliche genannten Personen und Behörden werden von der versicherten Person im Rahmen der vorliegenden Ermächtigung gegenüber den Organen der Invalidenversicherung von ihrer auf Amts- oder Berufsgeheimnis beruhenden Schweigepflicht befreit.

Diese Ermächtigung berechtigt die IV-Stelle, die für die Eingliederung infrage kommenden Stellen (behandelnde Ärzte, Arbeitgebende, Institutionen) zu informieren.

1. **Unterschrift/Beilagen**

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

Datum Unterschrift des gesetzlichen Vertreters/der Vertreterin der versicherten Person

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

TT, MM, JJJJ

**Der Anmeldung sind beizulegen:**

Kopie eines amtlichen Personalausweises (z. B. Geburtsschein, Familienbüchlein, Schriftenempfangsschein), aus dem die Personalien aller in dieser Anmeldung genannten Personen ersichtlich sind

Für ausländische Staatsangehörige: Kopien des Ausländerausweises der versicherten Person sowie der Eltern

**Gegebenenfalls sind beizulegen:**

Kopien von Arztberichten (z. B. Abklärungsberichte des Schulpsychologischen Dienstes), Ernennungsurkunden zur Bei standschaft/Vormundschaft, Todesschein

**Bitte heften Sie die Dokumente nicht zusammen!**

1. **Einreichungsstelle**

IV-Stelle Solothurn

Allmendweg 6

4528 Zuchwil

**Vollmacht: Unverschlüsselte E-Mail-Kommunikation zwischen der IV-Stelle und  
 Dritten betreffend die berufliche Eingliederung**

|  |
| --- |
| Hiermit ermächtige ich als vollmachtgebende Person die IV-Stelle mit involvierten Dritten (Arbeitgebern, Durchführungsstellen etc.) betreffend die berufliche Eingliederung auch unverschlüsselt via E-Mail zu kommunizieren. Dadurch kann der Zugang zu geeigneten Eingliederungsmassnahmen erleichtert und ein schneller sowie unkomplizierter Austausch unterstützt werden.  **Folgende Punkte nehme ich zur Kenntnis:**   * Die IV-Stelle zieht, wenn immer möglich, andere Kommunikationswege (Telefon, Brief, verschlüsselte E-Mail) vor. * Weder der Name der vollmachtgebenden Person noch das Geschlecht oder die Adresse dürfen seitens der IV-Stelle in der unverschlüsselten E-Mail ausgeschrieben werden. * Bezüglich Inhalt und Häufigkeit von unverschlüsselten E-Mails gilt der Grundsatz: "So viel wie nötig, so wenig wie möglich." * Unverschlüsselte E-Mails bergen Sicherheitsrisiken. Sie können durch Unberechtigte mitgelesen, abgefangen bzw. gespeichert und/oder verändert werden, ohne dass Beteiligte etwas bemerken. Dadurch können auch Gesundheitsdaten oder sonstige Daten im Zusammenhang mit meinem IV-Verfahren (sogenannte besonders schützenswerte Personendaten1) an Dritte gelangen.   **Gültigkeit / Dauer**  Die vorliegende Vollmacht gilt bis zum rechtskräftigen Verfahrensabschluss.  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  1 *Besonders schützenswerte Personendaten sind Angaben über die religiösen, weltanschaulichen, politischen oder gewerschaftlichen Ansichten oder Tätigkeiten, über die Gesundheit, die Intimsphäre, die rassische und ethnische Herkunft, über Massnahmen der sozialen Hilfe, über administrative oder strafrechtliche Verfolgungen und Sanktionen sowie genetische oder biometrische Daten.* |
| Vollmachtgebende Person  (versicherte Person) |
|  |
| Sozialversicherungsnummer (756.xxxx.xxxx.xx)  756. |
|  |
| Frau  Herr |
|  |
| Name, Vorname |
|  |
| Geburtsdatum |
|  |
| Strasse |
|  |
| PLZ, Ort |
|  |
| Ort, Datum |
|  |
| Unterschrift der vollmachtgebenden Person oder der gesetzlichen Vertretung |

*Die Vollmacht ist eigenhändig zu unterschreiben. Ist eine Unterschrift aus gesundheitlichen Gründen nicht möglich, muss ein entsprechendes Arztzeugnis beigelegt werden.*

**Vollmacht: Unverschlüsselte E-Mail-Kommunikation mit der IV-Stelle**

|  |
| --- |
| Die Kommunikation zwischen Ihnen und der IV-Stelle erfolgt grundsätzlich via Brief und Telefon. Mit vorliegender Vollmacht haben Sie die Möglichkeit, mit der IV-Stelle zusätzlich via unverschlüsselter E-Mail zu kommunizieren. Möchten Sie darauf verzichten, müssen Sie die Vollmacht nicht ausfüllen bzw. retournieren.  Eine E-Mail kann entweder verschlüsselt oder unverschlüsselt übermittelt werden.1 Die IV-Stelle bietet für die verschlüsselte E-Mail-Kommunikation zwei Kanäle. Einerseits das bis zu einem gewissen Versandvolumen kostenlose IncaMail (Schweizerische Post; <https://www.incamail.com/>), andererseits das kostenpflichtige HIN (Health Info Net AG; <https://www.hin.ch/>).2 Sie können uns direkt über diese Kanäle mailen, falls Sie dies wünschen.  Werden keine speziellen Vorkehrungen getroffen, erfolgt die E-Mail-Kommunikation unverschlüsselt. Unverschlüsselte E-Mails bergen Sicherheitsrisiken. Sie können durch Unberechtigte mitgelesen, abgefangen bzw. gespeichert und/oder verändert werden, ohne dass Beteiligte etwas bemerken. Dadurch können auch Gesundheitsdaten oder sonstige Daten im Zusammenhang mit Ihrem IV-Verfahren (sogenannte besonders schützenswerte Personendaten3) an Dritte gelangen.  Mit Unterzeichnung vorliegender Vollmacht wünschen Sie, dass die E-Mail-Kommunikation zwischen Ihnen und der IV-Stelle trotz der Sicherheitsrisiken **unverschlüsselt** erfolgt.  **Hinweis**: Die IV-Stelle versendet Dokumente bzw. Akten nur auf ausdrücklichen Wunsch Ihrerseits via unverschlüsselter E-Mail.  **Gültigkeit / Dauer**  Ohne anderslautende Erklärung ist diese Vollmacht bis zu ihrem schriftlichen Widerruf gültig. Abweichende gesetzliche Bestimmungen vorbehalten, erlischt sie mit meinem Ableben, der Verschollenerklärung oder dem Verlust meiner Handlungsfähigkeit. |

|  |
| --- |
| Vollmachtgebende Person  (versicherte Person) |
|  |
| Sozialversicherungsnummer (756.xxxx.xxxx.xx)  756. |
|  |
| Frau  Herr |
|  |
| Name, Vorname |
|  |
| Geburtsdatum |
|  |
| Strasse |
|  |
| PLZ, Ort |
|  |
| E-Mail-Adresse |
|  |
| Ort, Datum |
|  |
| Unterschrift der vollmachtgebenden Person oder der gesetzlichen Vertretung |

*Die Vollmacht ist eigenhändig zu unterschreiben. Ist eine Unterschrift aus gesundheitlichen Gründen nicht möglich, muss ein entsprechendes Arztzeugnis beigelegt werden.*

|  |
| --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *1 Die Verschlüsselung dient zur Geheimhaltung von Nachrichten, indem der Text in eine unverständliche Zeichenfolge umgewandelt wird. Nur der befugte Empfänger kann diese Zeichenfolge wieder in den ursprünglichen Text zurückwandeln. Die Daten sind so gegen unbefugten Zugriff geschützt. Bei der unverschlüsselten E-Mail-Kommunikation fällt dieser Schutz weg.*  *2 Die IV-Stelle übernimmt diesbezüglich keine Kosten und bietet auch keinen technischen Support.*  *3 Besonders schützenswerte Personendaten sind Angaben über die religiösen, weltanschaulichen, politischen oder gewerkschaftlichen Ansichten oder Tätigkeiten, über die Gesundheit, die Intimsphäre, die rassische und ethnische Herkunft, über Massnahmen der sozialen Hilfe, über administrative oder strafrechtliche Verfolgungen und Sanktionen sowie genetische oder biometrische Daten.* |