



ZUSATZFRAGEBOGEN FÜR DIE RENTENREVISION

Zurückzusenden an die IV-Stelle für Versicherte im Ausland,
Av. Edmond-Vaucher 18, Postfach 3100, CH-1211 Genf 2
Fax: +41 58 461 99 50, E-Mail: oaie@zas.admin.ch

Name:
Unser Zeichen:

Geboren am:

Wichtiger Hinweis:

Dieser Fragebogen ist in Blockschrift vollständig und genau auszufüllen, zu datieren und zu unterzeichnen (Seite 5).

Ihre Telefonnummer: _____

Ihre E-Mail-Adresse: _____

1. Aus wie vielen Personen setzt sich Ihr Haushalt zusammen?

Erwachsene: _____

Kinder: _____

Alter der Kinder: _____

Dauerhaft pflegebedürftige Personen: _____

Arbeitspensum des Ehepartners/Lebenspartners: _____

2. Haben sich Änderungen Ihrer Lebenssituation ergeben?

Nein

Ja – Welche ? (Zivilstandsänderung, Studienabschluss, Pflege dritter Personen, usw.)



3. Art der Wohnstätte:

Ein-/Mehrfamilienhaus Bauernhof Anzahl der Stockwerke: _____

Wohnung Etage : _____ Fahrstuhl vorhanden: ja nein

Anzahl der Zimmer: _____ m²: _____

Garten m² _____ Blumen/Zierpflanzen
Gemüsegarten
Obstbaum
Andere: _____

Boden Parkett Fliesen Teppich Anderer Bodenbelag _____

4. Wohnungsausstattung:

Waschmaschine

Wäschetrockner

Geschirrspülmaschine

Tiefkühltruhe

Mikrowelle

Staubsauger

Nähmaschine

Steht Ihnen ein Transportmittel zur Verfügung? nein ja, welches? _____

Entfernung vom Domizil zu den Einkaufsläden: _____ km



5. Tätigkeiten	Wöchentlicher Zeitaufwand	Wer hilft Ihnen?
Ernährung Rüsten und Kochen / Anrichten Alltägliche Reinigungsarbeiten in der Küche	..... Std./Wo. Std./Wo.	..... .....
Wohnungs- und Hauspflege Aufräumen Abstauben Staubsaugen / Bodenpflege Reinigung sanitärer Anlagen Bettenmachen Gründliche Reinigung (z.B. Fensterputzen) Pflanzen-, Garten- und Umgebungspflege Haustierhaltung Anzahl : Art : .....	..... Std./Wo.. Std./Wo.. Std./Wo.. Std./Wo.. Std./Wo.. Std./Wo.. Std./Wo.	..... ..... ..... ..... ..... ..... .....
Einkauf Alltäglicher Einkauf und Grosseinkauf Weitere Besorgungen (z.B. Post, Versicherungen, Amtsstellen)	..... Std./Wo.. Std./Wo.	..... .....
Wäsche- und Kleiderpflege Waschen Wäsche aufhängen und abnehmen Bügeln Flicken / Schuhe putzen	..... Std./Wo. Std./Wo. Std./Wo. Std./Wo.	..... ..... ..... .....
Pflege/Betreuung von Kindern/Angehörigen (Lebensgemeinschaft, Verwandt gerader Linie) Aufgabenbeschreibung (z.B. zur Schule fahren, Pflege während Krankheit, Beaufsichtigung) : .....	..... Std./Wo.	.....
Freizeitbeschäftigungen : .....	..... Std./Wo.	.....



6. Finanzielle Situation:

<u>Einkommen:</u>	<u>Währung</u>	<u>Betrag (pro Monat)</u>	<u>Bemerkungen</u>
Gehalt
Gehalt des Ehepartners/Lebenspartners
Alimente/Unterhaltszahlungen
Renten
Sozialhilfe
Andere Einkommen
<u>Ausgaben:</u>			
Miete
Hypotheken
Schulden
Alimente/Unterhaltszahlungen
Andere Ausgaben

7. Anmerkungen

Empty box for notes.



Der/die Unterzeichnende bestätigt, die Antworten vollständig und wahrheitsgetreu erteilt zu haben.
Leistungen die auf Grund ungenauer Auskünfte oder Erklärungen zugesprochen wurden, sind zurückzuzahlen.

Ort und Datum:

Unterschrift:
