|  |
| --- |
| Liechtensteinische AHV-IV-FAK  Invalidenversicherung  Gerberweg 2  9490 Vaduz |

**Abklärungsbericht für Inhaber / Teilinhaber**

Guten Tag

Gemäss Ihrer Anmeldung haben Sie gesundheitliche Einschränkungen. Wir möchten uns ein Bild über die Arbeitssituation machen. Die Grundlage dazu bilden unter anderem die Informationen, die Sie uns mit diesem Fragebogen geben.

Der massgebende Invaliditätsgrad wird unter Berücksichtigung Ihrer Angaben, der medizinischen Befunde und der wirtschaftlichen Auswirkungen festgesetzt.

Bitte füllen Sie den Fragebogen elektronisch, mit Schreibmaschine oder gut leserlich aus und senden Sie ihn danach bitte so rasch als möglich.

Sie können diesen Fragebogen auch auf unserer Website herunterladen.

([www.ahv.li/online-schalter/formulare/formulare-iv/](http://www.ahv.li/online-schalter/formulare/formulare-iv/))

Wenn Sie bei der Beantwortung Hilfe brauchen, rufen Sie uns einfach an. Wir geben Ihnen gerne Auskunft.

**Abklärungsbericht für Inhaber / Teilinhaber**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Versicherte Person (Vorname, Name) | Geburtsdatum | Versichertennummer |

1. **Ausgangslage / Ihre subjektive Einschätzung zu ihrem Gesundheitszustand**Beschreiben Sie das Ausmass ihrer Beschwerden, Einschränkungen im täglichen Beruf

Ihre Angaben

1. **Ihre Tätigkeiten / Ausbildungen**
2. Zuletzt ausgeübter Beruf: ……………………………
3. Ausbildungen:

Lehre als: ……………………………  abgeschlossen mit Zeugnis  ohne Abschluss

Anlehre als: ……………………………

Weitere Ausbildungen/Kurse: ……………………………

Keine

1. Seit wann wird oben aufgeführte Tätigkeit ausgeübt?

Monat/Jahr angeben ……………………………

1. Bis zu welchem Datum konnten Sie diese Tätigkeit ohne Einschränkung ausüben?

Monat/Jahr angeben ……………………………

1. Ihre Normalarbeitszeit vor Gesundheitsschaden

▪pro Woche .................. Stunden

▪pro Tag: .................. Stunden

1. Einkommen aus Nebenerwerb z.B. in Kommissionen oder Verwaltungsratshonorar (VR) etc.

kein Einkommen  
 Einkommen als …………………………… Jahreslohn: ………………… /Jahr 20\_\_

1. **Absenzen**

Sie können auch vorhandene Absenzenlisten beilegen. In diesem Fall erübrigt sich das Ausfüllen   
der untenstehenden Tabelle.

Krankheits- und/oder unfallbedingte Absenzen

Bezeichnen Sie die Absenzen mit **K = Krankheit / U = Unfall**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **K / U** | **Jahr** | **vom** | **bis** | **Arbeitsunfähigkeit in %** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

1. **Betriebsverhältnisse**

|  |  |
| --- | --- |
| Normalarbeitszeit im Betrieb: | ▪pro Woche .................. Stunden |
|  | ▪pro Tag: .................. Stunden |

Inhaber  Teilinhaber Rechtsform:  AG  Anstalt GmbH   ……………………

**4.1  Marktverhältnisse** (Auftragslage und Nachfrage, Konkurrenz, Auslastung, Konjunktur)

▪ Auftragslage und Nachfrage:  sehr gut  gut/in Ordnung  schlecht seit …………

▪ Konkurrenzverhältnisse/Konjunktur:

▪ Auslastung:

**5. Lohnangaben**

Ihr Lohn **vor** Eintritt des Gesundheitsschadens der letzten 3 Jahre   
(Sie können auch die Jahreslohnblätter-Ausdrucke der Buchhaltung beilegen)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Jahr** | **20** **. .** | **20 . .** | **20 . .** |
| Januar |  |  |  |
| Februar |  |  |  |
| März |  |  |  |
| April |  |  |  |
| Mai |  |  |  |
| Juni |  |  |  |
| Juli |  |  |  |
| August |  |  |  |
| September |  |  |  |
| Oktober |  |  |  |
| November |  |  |  |
| Dezember |  |  |  |
| 13. Monatslohn |  |  |  |
| Gratifikation |  |  |  |
| Jahresverdienst |  |  |  |
| Arbeits-Std./Jahr |  |  |  |

* 1. **Gewichtung / Beschreibung**

Welche Tätigkeitsbereiche übten Sie **vor** Ihren Einschränkungen konkret aus?

**Gewichten** Sie die einzelnen Bereiche in Prozenten oder in Stunden z.B. a) Administration/Buchhaltung, b) Führung der Mitarbeiter, c) Kunden neu gewinnen, d) manuelle Tätigkeit, etc.

Bitte **beschreiben** Sie diese Tätigkeiten näher.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Aufteilung**  **der verschiedenen Tätigkeiten** | **in %** | **Std.** | **Beschreibung der ausgeübten Tätigkeit** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Total** |  |  |  |  |

☞ 100 % oder beispielsweise 42.5 Stunden pro Woche

* 1. **Angaben zu Ihren Angestellten**

Bitte tragen Sie die Angestellten unten ein: Anstellungsstatus (1/Angestellter, 2/Temporär, 3/Lehrling, 4/Familienmitgl. entlöhnt oder 5/nicht entlöhnt), Name, tätig seit, Arbeitspensum, Tätigkeitbereich, Bruttojahreslohn?

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Anstellungsstatus:   1. Angestellter 2. Temporär 3. Lehrling 4. Familienmitglied entlöhnt 5. Familienmitglied nicht entlöhnt | **Name Vorname** | **Tätig seit** | **Arbeitspensum**  in Prozent  oder  in Wochen-stunden | | **Tätigkeitsbereich**  z.B. Administration, Geschäftsführung., Verkauf, Werkstatt, Montage, Service  etc. | **Brutto-lohn**  pro Jahr |
| in % | Wo'Std. |
| Zahl 1 bis 5 eingeben | Mitarbeiter/Angestellten | Jahr | Anz. | Anz. | Arbeit beschreiben | Lohn pro Jahr |
| ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |

**6. Eintritt der Einschränkung**

1. Beginn Ihrer Einschränkung (Monat/ Jahr angeben): ..................
2. Arbeitspensum seit Eintritt ▪ pro Woche .................. Stunden ▪ pro Tag: .................. Stunden

Ihre Lohnangaben **seit** Eintritt des **Gesundheitsschadens**:

(Sie können auch die Jahreslohnblätter-Ausdrucke der Buchhaltung beilegen)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Jahr** | **20 . .** | **20 . .** | **20 . .** |
| Januar |  |  |  |
| Februar |  |  |  |
| März |  |  |  |
| April |  |  |  |
| Mai |  |  |  |
| Juni |  |  |  |
| Juli |  |  |  |
| August |  |  |  |
| September |  |  |  |
| Oktober |  |  |  |
| November |  |  |  |
| Dezember |  |  |  |
| 13. Monatslohn |  |  |  |
| Gratifikation |  |  |  |
| Jahresverdienst |  |  |  |
| Arbeits-Std./Jahr |  |  |  |

* 1. Welche Bereiche üben Sie seit Ihren Einschränkungen aus?

Gewichten Sie **neu** die einzelnen Bereiche in Prozenten oder in Stunden   
Was hat sich verändert gegenüber 5.1? Bitte **beschreiben** Sie diese Tätigkeiten näher.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Aufteilung**  **der verschiedenen Tätigkeiten** | **in %** | **Std.** | **Beschreibung der ausgeübten Tätigkeit** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Total** |  |  |  |

* 1. Haben Sie, seit Ihrer Einschränkung, neue Mitarbeiter eingestellt oder entlassen?   
     Wenn ja, bitte tragen Sie die neuen und ausgetretenen Mitarbeiter ein

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Anstellungsstatus:   1. Angestellter 2. Temporär 3. Lehrling 4. Familienmitglied entlöhnt 5. Familienmitglied nicht entlöhnt | **Name Vorname** | **Tätig seit** | **Arbeitspensum**  in Prozent  oder  in Wochen-stunden | | **Tätigkeitsbereich**  z.B. Administration, Geschäftsführung., Verkauf, Werkstatt, Montage, Service  etc. | **Brutto-lohn**  pro Jahr |
| in % | Wo'Std. |
| Zahl 1 bis 5 eingeben | Mitarbeiter/Angestellten | Jahr | Anz. | Anz. | Arbeit beschreiben | Lohn pro Jahr |
| ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |

**7. Zumutbare Tätigkeiten im Rahmen Ihrer Schadenminderungspflicht**

1. Geplante Schritte bezüglich geschäftlicher Zukunft?

1. Welche Bereiche können Sie umstrukturieren bzw. verbessern?

1. Wäre Ihnen eine berufliche Umschulung möglich?

1. Können entsprechende Hilfsmittel im Betrieb Ihre Eingliederung verbessern?

1. Können Sie die finanziellen Einbussen aufgrund Ihrer Einschränkung benennen bzw. konkret auflisten?

**8. Sind betriebliche Veränderungen vorgenommen worden, die nicht behinderungsbedingt sind?**(Bauliche Veränderungen, technische Entwicklungen, Änderungen des Produktions- oder Verkaufsangebotes, Ablehnung von Aufträgen, Einkauf von Fremdfabrikaten anstelle von Eigenprodukten, erhebliche Preisveränderungen, Änderungen von Öffnungszeiten, Zeitpunkt der Veränderung)

**8.1 Sind betriebliche Veränderungen vorgenommen worden, die behinderungsbedingt sind?**

Zusatzfragen

|  |
| --- |
|  |

Beantwortung der Zusatzfragen

|  |
| --- |
|  |

**Wichtig:**

**Stellen Sie uns bitte die Buchhaltungsunterlagen der letzten 5 Jahre in Kopie oder Original zu.   
Originale werden nach Einsicht retourniert.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Datum |  | Unterschrift und Stempel |

**Beilagen:**

Buchhaltungsabschlüsse der letzten 5 Jahre (Betriebs- und Erfolgsrechnungen)