



Anmeldung zum Bezug von IV-Leistungen für Erwachsene

Eingangsstempel

Bemerkungen auf Seite 6 beachten!
 Bitte deutlich schreiben!
 Bei Auswahlfragen das Zutreffende ankreuzen ☒

1. Personalien des Versicherten

Versicherungsnummer

1.1 Familienname
 Bei Verheirateten oder Verwitweten auch Mädchenname der Ehefrau

1.2 Vornamen
 Alle Vornamen; den Rufnamen unterstreichen weiblich männlich

Nur von ledigen Per-
 sonen zu beantworten

1.3 Sohn/Tochter des
 Vorname des Vaters

und der
 Vorname und Mädchenname der Mutter

1.4 Geburtsdatum
 Tag, Monat, Jahr

1.5 Heutiger Zivilstand Seit wann?
 ledig verheiratet verwitwet geschieden tatsächlich getrennt gerichtlich getrennt
 Datum einsetzen

1.6 Mehrmals verheiratet? ja nein

1.7 Heimatort
 Gemeinde; bei Ausländern Staatsangehörigkeit und Geburtsort

1.8 Wohnsitz
 Gemeinde; bei Ausländern und Rückwanderer: Datum der Einreise nach Liechtenstein

1.9 Adresse
 PLZ Tel.-Nr
 Strasse, Hausnummer, nähere Ortsbezeichnung mit Postleitzahl; bei Aufenthalt in einem Spital oder Pflegeheim dessen Adresse

1.10 Besteht Vormundschaft? ja nein ; Beistandschaft? ja nein

- a) Wenn ja, Name und Adresse des Vormundes bzw. des Beistandes

 Tel.-Nr
- b) Wenn ja, Sitz der Vormundschaftsbehörde

2. Personalien des Ehegatten der Versicherten

(auch bei getrennter Ehe zu beantworten) Bemerkung c) auf Seite 6 beachten

Versicherungsnummer

2.1 Vornamen
 Alle Vornamen; den Rufnamen unterstreichen

2.2 Geburtsdatum
 Tag, Monat, Jahr

2.3 Heimatort
 Gemeinde; bei Ausländern Staatsangehörigkeit und Geburtsort

Nur von getrennt lebenden
zu beantworten
2.4 Wohnsitz
Gemeinde

Nur von getrennt lebenden
zu beantworten
2.5 Adresse
Strasse, Hausnummer, nähere Ortsbezeichnung mit Postleitzahl

2.6 Besteht Vormundschaft? ja nein Beistandschaft? ja nein

a) Wenn ja, Name und Adresse des Vormundes bzw. des Beistandes

.....

b) Wenn ja, Sitz der Vormundschaftsbehörde

.....

3. Personalien der Kinder des Versicherten Bemerkungen b -d auf Seite 6 beachten

3.1 Gemeinsame Kinder des Versicherten und seines unter Ziffer 2 genannten (und evtl. eines früheren) Ehegatten

| Familienname | Vorname | Geburtsdatum Tag, Monat, Jahr | Ausbildung |
|--------------|---------|----------------------------------|------------|
|--------------|---------|----------------------------------|------------|

.....
.....
.....
.....
.....
.....

3.2 Hat der Versicherte Adoptiv-, Pflege-, Stiefkinder, Kinder aus geschiedener Ehe sowie leibliche Kinder, die nicht vom gegenwärtigen oder einem früheren Ehegatten stammen?

ja nein

4. Allgemeine Angaben

4.1 Erfüllt der Versicherte eine Unterstützungspflicht gegenüber Personen, die Ziffer 2 - 3.2 nicht genannt sind?

ja nein

4.2 Wurde für den Versicherten oder seinen Ehegatten bereits eine Anmeldung zum Bezug von Leistungen der IV eingereicht?

ja nein Wenn ja, bei welcher Stelle?

.....

4.3 Werden schon Leistungen der AHV oder der Invalidenversicherung (Renten oder andere Leistungen) erbracht?

a) zugunsten des Versicherten? ja nein

b) zugunsten seines Ehegatten? ja nein

c) zugunsten der Kinder? ja nein

d) Wenn ja, von welcher Versicherung?

4.4 Ist der Versicherte angemeldet für bzw. erhält er Leistungen (z.B. ärztliche Behandlung, Eingliederungsmassnahmen, Taggeld, Rente, Hilfsmittel)

- einer Versicherung im Rahmen der obligatorischen Unfallversicherung? ja nein
- einer anderen Versicherung? ja nein

a) Wenn ja, Name und Adresse der Versicherung (bzw. der zuständigen Agentur):

.....

b) Referenz (z.B. Unfall- oder Renten-Nummer):

4.5 Ist der Versicherte Mitglied einer Krankenkasse? ja nein

Wenn ja, welcher (Kasse oder Sektion)?

4.6 Welche Behörde oder Institutionen haben sich mit der Behinderung des Versicherten bisher schon befasst?

Name und Art dieser Stellen (Berufsberatungsstellen, Arbeitsämter, öffentliche und private Fürsorgestellen, Kranken- oder Unfallversicherung, Pensionskassen usw.)

Wann?
(Monat und Jahr)

.....

4.7 a) Hatte der Versicherte nach dem 1. Januar 1954 Wohnsitz im Ausland? ja nein

Wenn ja, von bis..... in.....

b) Hat der Versicherte in ausländischen staatlichen Rentenversicherungen Beitrags- bzw. Versicherungszeiten zurückgelegt?
 ja nein

Wenn ja, in welchen?.....

c) Bei verheirateten, verwitweten und geschiedenen Frauen: Hatte der Ehemann nach dem 1. Januar 1954 Wohnsitz im Ausland?
 ja nein

| | | | |
|----------|-------------|-------------|---------|
| | Monat, Jahr | Monat, Jahr | Staat |
| Wenn ja, | von | bis..... | in..... |
| | | | |

4.8 An welche Adresse sind allfällige Geldleistungen auszuzahlen (Post- oder Bankverbindung, Konto-Nr.)?

.....

5. Angaben über Bildung, Beruf und bisherige Tätigkeit

5.1 Besuchte Schulen

(Ohne solche zum Zwecke der beruflichen Ausbildung; diese sind unter Ziffer 5.2 anzuführen)

.....

5.2 Erlerner Beruf

| Art der Berufsausbildung (Studium, Lehre, Anlehre im Betrieb usw.) | Name und Adresse der Lehranstalt oder des Lehrmeisters | Dauer von | bis | Ausweis (Fähigkeitsausweis, Diplom usw.) |
|--|--|--------------|-------|--|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

5.3 Erwerbstätige

(Die nachstehenden Angaben sind für die letzten 3 Jahre vor Einreichung der Anmeldung zu machen. Selbständigerwerbende haben unter «Arbeitgeber» den Vermerk «selbständig» anzubringen. Bei gleichzeitig Selbständig- und Unselbständigerwerbenden sind die entsprechenden Bruttoeinkommen getrennt anzugeben.)

a) Hauptbeschäftigung (Nebenbeschäftigungen siehe Ziffer 5.5)

| Art | Name und Adresse der Arbeitgeber | Dauer von | bis | Bruttoeinkommen CHF | | |
|-------|-------------------------------------|--------------|-------|---------------------|-------|-------|
| | | | | Stunde | Woche | Monat |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

5.4 Nichterwerbstätige (Hausfrau, Student usw.)
 (Die Angaben sind für die letzten 3 Jahre vor Einreichung der Anmeldung zu machen)

a) Hauptbeschäftigung (Nebenbeschäftigungen siehe Ziffer 5.5)

| Art | Dauer von | bis |
|-------|-----------|-------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

5.5 Nebenbeschäftigungen

| Art | Name und Adresse der Arbeitgeber | Dauer von | bis | Bruttoeinkommen CHF | | |
|-------|----------------------------------|-----------|-------|---------------------|-------|-------|
| | | | | Stunde | Woche | Monat |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

5.6 Krankheits- oder unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit

a) voll

| Dauer von | bis | Name und Adresse der Krankenkasse bzw. der Unfallversicherung |
|-----------|-------|---|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

b) teilweise

| Sunden pro Tag | Stunden pro Woche | Dauer von | bis | Name und Adresse der Krankenkasse bzw. der Unfallversicherung |
|----------------|-------------------|-----------|-------|---|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

5.7 Arbeitslosigkeit

a) voll (Arbeitsverhältnis aufgelöst)

| Dauer von | bis | Name und Adresse der Arbeitslosenversicherung (wenn Arbeitslosenentschädigung bezahlt wurde) |
|-----------|-------|--|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

b) teilweise (bei fortlaufendem Arbeitsverhältnis)

| Stunden pro Tag | Stunden pro Woche | Tage pro Woche | Tage pro Monat | Dauer von | bis | Name und Adresse der Arbeitslosenversicherung (wenn Arbeitslosenentschädigung bezahlt wurde) |
|-----------------|-------------------|----------------|----------------|-----------|-------|--|
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

6. Angaben über die Behinderung

(ergänzende Bemerkungen unter Ziffer 6.9 anbringen)

6.1 Wurde die Behinderung herbeigeführt durch: Geburtsgebrechen Krankheit Unfall

6.2 Nähere Angaben über die Art der Behinderung

.....
.....
.....

6.3 Seit wann besteht die Behinderung?

.....

6.4 Wurde die Behinderung ganz oder teilweise durch einen Dritten herbeigeführt? ja nein

6.5 Wer hat den Versicherten wegen seines Leidens ärztlich behandelt? (Name des Hausarztes unterstreichen)

a) zuletzt

Name und Adresse des Arztes bzw.
des Spitals oder Pflegeheims

Von wann bis wann?
(Monat und Jahr)

Für welche Leiden?

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

b) früher

Name und Adresse des Arztes bzw.
des Spitals oder Pflegeheims

Von wann bis wann?
(Monat und Jahr)

Für welche Leiden?

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

6.6 Besitzt der Versicherte bereits Hilfsmittel (Prothesen, Fahrstuhl usw.)? ja nein

Wenn ja, genaue Bezeichnung:

Seit wann?

6.7 Bedarf der Versicherte für die alltäglichen Lebensverrichtungen dauernd der Hilfe Dritter oder der persönlichen Überwachung (beim An- und Auskleiden, Essen, Toilette usw.)? ja nein

6.8 Welche Versicherungsleistungen werden beansprucht? (Zutreffendes ankreuzen und allenfalls unter Ziffer 6.9 näher bezeichnen)

- Berufsberatung
- Umschulung auf eine neue Tätigkeit
- Wiedereinschulung in die bisherige Tätigkeit
- Arbeitsvermittlung
- Hilfsmittel (Prothesen, Fahrstuhl usw.) Wenn ja, welche?

Gewünschter Lieferant

- Besondere medizinische Eingliederungsmassnahmen (siehe Seite 6, Buchstabe e)
- Rente (wird in der Regel nur gewährt, wenn keine Eingliederungsmassnahmen in Frage kommen)

6.9 Ergänzende Bemerkungen zu den Angaben über die Behinderung und die Art der gewünschten Leistungen (Ziffern 6.1 - 6.8)

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

6.10 Allfällige ergänzende Bemerkungen allgemeiner Art

.....
.....
.....
.....
.....

Zur Beachtung

a) Einreichungsstelle für die Anmeldung

Die Anmeldung ist dem Sekretariat der IV, Gerberweg 2, 9490 Vaduz, zuzustellen

b) 18- bis 20jährige Versicherte

Wird von einem 18- bis 20jährigen Versicherten eine **Invalidenrente** oder eine **Hilflosenentschädigung** beansprucht, so hat er das **Anmeldeformular für Erwachsene** einzureichen. Dies gilt auch dann, wenn er bisher schon Leistungen der Invalidenversicherung auf Grund einer Anmeldung für Minderjährige bezogen hat.

c) Invalide Angehörige

Werden vom invaliden Ehegatten oder von invaliden Kindern eigene Leistungen der Invalidenversicherung beansprucht, so ist je ein besonderes Formular auszufüllen.

d) Kinder des Versicherten

Aufzuführen sind alle (auch bereits erwachsene) Kinder, damit Ansprüche auch Erziehungsgutschriften und für unter 20jährige Kinder zusätzlich Ansprüche auf Kinderrenten geprüft werden können.

e) Medizinische Eingliederungsmassnahmen

Die eigentliche Behandlung von Krankheiten oder Unfallfolgen fällt in das Gebiet der Kranken- bzw. Unfallversicherung. Die IV gewährt bei Erwachsenen deshalb nur Massnahmen, die nicht auf die Behandlung des Leidens an sich, sondern unmittelbar auf die berufliche Eingliederung gerichtet und geeignet sind, die Erwerbsfähigkeit dauernd und wesentlich zu verbessern oder vor wesentlicher Beeinträchtigung zu bewahren. Wird der Fall von der IV übernommen, so bezahlt sie die Kosten der ärztlichen Behandlung (ambulant oder in der allgemeinen Abteilung eines Spitals), der Behandlung durch medizinische Hilfspersonen (Physiotherapeuten usw.) und der Arzneien.

f) Durchführung von Eingliederungsmassnahmen

Grundsätzlich hat die Anmeldung für Eingliederungsmassnahmen vor deren Durchführung zu erfolgen, und zwar so rechtzeitig, dass die Invalidenversicherung zum Begehren des Versicherten vor Durchführungsbeginn Stellung nehmen und die Leistung mit einer Verfügung zugesprochen werden kann. Dies gilt insbesondere für Eingliederungsmassnahmen beruflicher Art; eine nachträgliche Übernahme der Kosten durch die IV kommt hier nur in Frage, wenn der Beschluss aus wichtigen Gründen nicht abgewartet werden konnte.

Vollmacht

Mit der Unterzeichnung dieses Formulars ermächtigt der Versicherte oder sein Vertreter alle in Betracht fallenden Personen und Stellen, also namentlich Ärzte, medizinische Hilfspersonen, Spitäler, Heilanstalten, Krankenkassen, öffentliche und private Versicherungen, Amtsstellen sowie private Fürsorgeeinrichtungen, den zuständigen Stellen der Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung die für die Abklärung des Anspruchs und die Prüfung der Leistungsberechtigung des Versicherten und für die Durchführung des Rückgriffs auf Dritte, gegen die dem Versicherten aus diesem Versicherungsfall Schadenersatzansprüche zustehen können, erforderlichen **Auskünfte** zu geben.

Der Unterzeichnete bestätigt, seine Antwort wahrheitsgetreu und vollständig erteilt zu haben.

Datum:

Unterschrift des Versicherten oder seines Vertreters

Beilagen:

.....
.....
.....
.....

Adresse des Vertreters, wenn der Versicherte nicht selbst unterschreibt

Tel.-Nr.



Der Anmeldung sind beizulegen:

- **Sämtliche Versicherungsausweise AHV-IV** (gegebenenfalls auch schweizerische) des Versicherten, seines Ehegatten und der Kinder, falls diese solche besitzen
- **Personalausweis** (z.B. Heimatschein, Niederlassungs- oder Aufenthaltsbewilligung, Reisepass)
Es müssen die Personalien beider Ehegatten sowie der Kinder nachgewiesen werden
- **Beruflicher Lebenslauf** (bei beruflichen Massnahmen/Renten)