



Anmeldung zum Bezug für Lohnzuschuss

1. Personalien

1.1 Persönliche Angaben

Name

auch Name als ledige Person

Vornamen

alle Vornamen, Rufnamen bitte in Grossbuchstaben

weiblich männlich

Geburtsdatum

TT, MM, JJJJ

Versichertennummer

1.2 Gesetzlicher Wohnsitz mit genauer Adresse

Postleitzahl, Ort

Strasse, Hausnummer

Telefonnummer

E-Mail

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

Name der Institution

Postleitzahl, Ort

Strasse, Hausnummer

1.3 Sachwalterschaft

Besteht eine Sachwalterschaft?

ja nein

Wenn ja, Name und Adresse der Sachwalterschaft oder des Vertreters

Wenn ja, legen Sie dieser Anmeldung eine Kopie der Ernennungsurkunde zur Sachwalterschaft und die Beschreibung der Pflichten und Aufgaben bei.

1.4 Staatsangehörigkeit

Liechtensteiner Bürgerinnen und Bürger

Heimatgemeinde

Liechtensteiner Bürgerrecht seit

TT, MM, J

Ausländische Staatsangehörige

Staatsangehörigkeit

Datum der Einreise in

Liechtenstein

TT, MM, J

2. Zivilstand

2.1 Aktuelle Situation

Zivilstand

seit

TT, MM, JJJJ

Personalien der Ehepartnerin/des Ehepartners bzw. der eingetragenen Partnerin/des eingetragenen Partners

Name

auch Name als ledige Person

Vornamen

alle Vornamen, Rufname in Grossbuchstaben

Geburtsdatum

TT, MM, JJJJ

Versichertennummer

2.2 Allfällige frühere Ehe(n) oder eingetragene Partnerschaft(en)

Datum der Heirat/Eintragung

Zivilstand

seit

Personalien der früheren Partnerin/des früheren Partners, Name

auch Name als ledige Person

Geburtsdatum

TT, MM, JJJJ

3. Arbeitgeber / Arbeitgeberin

Firma

Adresse

Telefon

E-Mail

Kontaktperson

4. Antrag

- 4.1 Lohnzuschuss für**
- Arbeitsversuch zur Vorbereitung eines erstmalig vereinbarten Arbeitsverhältnisses
 - Lohnzuschuss bei erstmalig vereinbartem Arbeitsverhältnis
 - Lohnzuschuss bei Eintritt der Invalidität während aufrechtem Arbeitsverhältnis

4.2 Arbeitsplatz der versicherten Person (Adresse):

4.3 Arbeitsplatzbeschreibung

Welches sind die Haupttätigkeiten an diesem Arbeitsplatz?

5. Verdienstverhältnisse

Bruttolohn pro Monat (ohne Gesundheitsschaden)

13. Monatslohn (CHF)

Gratifikation (CHF)

Andere Zulagen (Zulagenart muss angegeben werden)

CHF

Diverses

CHF

5.1 Mit welchem Beschäftigungsgrad ist die versicherte Person bei Ihnen beschäftigt?

5.2 Wie hoch ist die tatsächliche Arbeitsleistung der Person in %?

5.3 Welcher Lohn würde nach Ihrer Einschätzung der tatsächlichen Arbeitsleistung entsprechen?

6. Allgemeine Angaben

6.1 Frühere Anmeldungen

Haben Sie bereits einmal eine Anmeldung zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung eingereicht?

ja nein

Wenn ja, für welche Leistungen und bei welcher IV-Stelle?

6.2 Werden Leistungen einer ausländischen Invalidenversicherung erbracht?

ja nein

Wenn ja, für welche Leistungen und von welcher Stelle?

6.3 Versicherungen

Sind Sie angemeldet bzw. erhalten Sie Leistungen

Einer Krankentaggeldversicherung?

Name und Adresse der Versicherung inkl. Referenznummer

Einer anderen Versicherung im Rahmen der obligatorischen Unfallversicherung?

Name und Adresse der Versicherung inkl. Unfall- und/oder Referenznummer

der beruflichen Vorsorge?

Name und Adresse der Versicherung inkl. Unfall- und/oder Referenznummer

6.4 Case Management

Begleitet Sie ein Case Management?

Ja nein

Wenn ja, Name, Adresse und Telefonnummer des Case Managers

6.5 Arzt, Spital oder Pflegeheim

Bitte geben Sie 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

6.6 Auszahlung

Die Auszahlung des Lohnzuschusses erfolgt an den Arbeitgeber / die Arbeitgeberin. Bitte um Bekanntgabe der Bankverbindung

Name und Adresse der Bank

BIC

IBAN / Konto-Nr.

Konto lautend auf

7. Allfällige ergänzende Angaben

8. 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.

9. Unterschrift/Beilagen

Der/die Unterzeichnende bestätigt, dass sämtliche Angaben in diesem Formular und den dazugehörigen Beilagen wahrheitsgetreu und vollständig sind.

Datum

Unterschrift des/der Versicherten oder des Vertreters/der Vertreterin

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

Unterschrift Arbeitgeber/in

Bemerkung

Folgende Dokumente werden der Anmeldung beigelegt

10. Einreichungsstelle

Die Anmeldung ist der Invalidenversicherung, Gerberweg 2, 9490 Vaduz, zuzustellen.

Datenschutzhinweis: Informationen nach Art. 13 der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) betreffend die Verarbeitung Ihrer personenbezogener Daten finden Sie auf unserer Webseite unter www.ahv.li/datenschutz