|  |
| --- |
| Liechtensteinische AHV-IV-FAKInvalidenversicherungGerberweg 29490 Vaduz |

**Berufliche Integration/Rente:**

**Bitte Fragebogen ausfüllen und retournieren**

Guten Tag

Ihre Mitarbeiterin, Ihr Mitarbeiter hat gesundheitliche Einschränkungen. Wir möchten uns ein Bild über die Arbeitssituation machen und allfällige berufliche Möglichkeiten für die Zukunft rasch prüfen. Die Grundlage dazu bilden unter anderem die Informationen, die Sie uns mit diesem Fragebogen geben. Das gilt auch dann, wenn das Arbeitsverhältnis bereits beendet wurde.

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

Sie können diesen Fragebogen auch auf unserer Website [www.ahv.li](http://www.ahv.li/online-schalter/formulare) herunterladen.

Freundliche Grüsse

Liechtensteinische AHV-IV-FAK

**Fragebogen für Arbeitgebende: Berufliche Integration/Rente**

Ergänzende Fragen

|  |
| --- |
|       |

[ ]  Bitte beantworten Sie auch die Zusatzfragen: Beschreibung der individuellen Tätigkeit

Versicherte Person (Vorname, Nachname) Geburtsdatum Versichertennummer

1. **Firmenangaben**

Firmenname

|  |
| --- |
|       |

Postleitzahl, Ort Strasse, Hausnummer

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

Bei allfälligen Rückfragen, wer erteilt Auskunft?

Vorname, Name

|  |
| --- |
|       |

Telefonnummer Faxnummer E-Mail-Adresse

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

1. **Angaben zum Beschäftigungsverhältnis**

**2.1**

Beginn und allfälliges Ende des Arbeitsverhältnisses

Beginn Ende

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

Das Arbeitsverhältnis ist

[ ]  gekündigt [ ]  ungekündigt (wenn ungekündigt: direkt zu 2.4)

**2.2**

Durch wen wurde das Arbeitsverhältnis allenfalls aufgelöst?

|  |
| --- |
|       |

Aus welchen Gründen?

|  |
| --- |
|       |

|  |
| --- |
|       |

**Bitte Kopie des Kündigungsschreibens beilegen.**

**2.3**

Letzter effektiver Arbeitstag

|  |
| --- |
|       |

**2.4**

Bestehen Umplatzierungsmöglichkeiten in Ihrem Betrieb?

[ ]  ja [ ]  nein

**2.5**

Wurden solche betriebsintern bereits geprüft?

[ ]  ja [ ]  nein

**2.6**

Sind Sie diesbezüglich an einer Hilfeleistung durch die Fachleute der Invalidenversicherung interessiert?

[ ]  ja [ ]  nein

**2.7**

Tätigkeit vor Eintritt des Gesundheitsschadens

|  |
| --- |
|       |

Bis wann?

|  |
| --- |
|       |

**2.8**

Tätigkeit nach Eintritt des Gesundheitsschadens

|  |
| --- |
|       |

Seit wann?

|  |
| --- |
|       |

**2.9**

Allgemeine Arbeitszeit in Ihrem Betrieb

Std. pro Tag Std. pro Woche

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

Arbeitszeit der versicherten Person vor Eintritt des Gesundheitsschadens

Std. pro Tag Std. pro Woche seit

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

Arbeitszeit der versicherten Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens

Std. pro Tag Std. pro Woche seit

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

**2.10**

Aktueller AHV-beitragspflichtiger Lohn der versicherten Person (ohne Kost und Logis)

CHF pro Jahr seit

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

CHF pro Monat seit

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

CHF pro Stunde

Grundlohn / Ferien- Feiertags- 13. Monatslohn/ Stundenlohn

Stunde entschädigung entschädigung Gratifikation total

CHF CHF CHF CHF CHF seit

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

 % % %

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

Wird Kost und Logis zusätzlich vergütet?

[ ]  nein [ ]  ja

Wenn ja, CHF

|  |
| --- |
|       |

Entspricht der angegebene Lohn der Arbeitsleistung?

|  |
| --- |
| **Hinweis:**Differenzierung Soziallohn und Leistungslohn : siehe Hinweise Punkt 4.4 |

[ ]  ja [ ]  nein

Wenn nicht, welcher Lohn entspräche der Arbeitsleistung?

Seit CHF

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

Falls der Lohn die Arbeitsleistung übersteigt, bitten wir Sie um eine separate ausführliche Begründung über Art und Ausmass der Leistungseinbusse unter Angabe der Daten, seit wann die reduzierte Leistung besteht.

Anteil Leistungslohn CHF Anteil Soziallohn CHF

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

Bemerkungen

|  |
| --- |
|       |

2.11

Wie viel würde die versicherte Person heute ohne Gesundheitsschaden in der ursprünglichen (2.7) Tätigkeit verdienen?

CHF pro Tag/Woche/Jahr

|  |
| --- |
|       /       /       |

**2.12**

AHV-beitragspflichtiges Einkommen der letzten 3 Jahre oder der angefragten Zeitperiode

**Ohne Ersatzleistungen wie Versicherungstaggelder usw.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Jahr** | **20 . .** | **20 . .** | **20 . .** |
| Januar |       |       |       |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Februar |       |       |       |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| März |       |       |       |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| April |       |       |       |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Mai |       |       |       |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Juni |       |       |       |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Juli |       |       |       |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| August |       |       |       |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| September |       |       |       |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Oktober |       |       |       |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| November |       |       |       |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Dezember |       |       |       |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 13. Monatslohn |       |       |       |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Gratifikation |       |       |       |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Jahresverdienst |       |       |       |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Arbeits-Std./Jahr |       |       |       |

**2.13**

Welche Leistungen bezieht die Mitarbeiterin/der Mitarbeiter bereits?

[ ]  Nichts [ ]  Lohnfortzahlung [ ]  Krankentaggelder [ ]  Unfalltaggelder

Welche Versicherungen entrichten Unfall- oder Krankentaggelder?

Name und Adresse des Versicherers

|  |
| --- |
|       |

**2.14**

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 %

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

**2.15**

Wurden Vorschussleistungen erbracht?

[ ]  ja [ ]  nein

Falls ja, durch wen? Name und Adresse (Arbeitgeber, Pensionskasse, usw.)

|  |
| --- |
|       |

**2.16**

Bei welcher Vorsorgeeinrichtung der 2. Säule Ihres Betriebes ist bzw. war die versicherte Person bei Eintritt der Arbeitsunfähigkeit versichert?

Name und Adresse der Vorsorgeeinrichtung

|  |
| --- |
|       |

1. **Bemerkungen**

|  |
| --- |
|       |

|  |
| --- |
|       |

|  |
| --- |
|       |

|  |
| --- |
|       |

Datum

|  |
| --- |
|       |

Stempel und Unterschrift

|  |
| --- |
|  |

1. **Hinweise**

**4.1**

Die Invalidenversicherung versucht in erster Linie, die Erwerbstätigkeit einer versicherten Person wieder herzustellen und sie so möglichst weitgehend wieder ins Erwerbsleben einzugliedern. Im Hinblick darauf sind wir Ihnen dankbar, wenn Sie uns über allfällige Einsatzmöglichkeiten für die versicherte Person in Ihrem Betrieb oder anderswo Angaben machen.

**4.2**

Während der Durchführung der von der IV übernommenen Eingliederungsmassnahmen (berufliche oder medizinische) erhält die versicherte Person in der Regel ein Taggeld. Richtet der Arbeitgeber während dieser Zeit trotz (teilweiser) Arbeitsunfähigkeit weiterhin den Lohn aus, wird ihm das Taggeld direkt ausbezahlt.

**4.3**

Eine Rente wird der versicherten Person nur ausgerichtet, wenn keine ausreichende Wiedereingliederung möglich ist. Bei bleibender Invalidität, die zu einer Einkommenseinbusse von mindestens 40% führt, besteht Anspruch auf eine Viertelsrente, bei 50% bis 66 % auf eine halbe, und ab 67% auf eine ganze Rente.

**4.4**

Wenn Menschen mit gesundheitlichen Einschränkungen nicht in der Lage sind, die vom Unternehmen üblicherweise geforderte Stunden- oder Tagesleistung zu erbringen, dann kann **ein Leistungslohn** vereinbart werden. Das bedeutet zum Beispiel, dass sie zwar ganztags anwesend sind, während dieser Zeit jedoch nur die halbe Leistung ausweisen können. In solchen Fällen kann vertraglich ein Leistungslohn vereinbart werden, d.h., die Leistung wird entlöhnt und nicht die Anwesenheit.

Umgekehrt kann das Unternehmen aus sozialer Verantwortung einen höheren Lohn festlegen, als er der eigentlichen Leistung entspricht. Dann wird von einer **Soziallohnkomponente** im Lohn gesprochen. Für die Invalidenversicherung ist es, zur fairen Beurteilung der versicherten Person, wichtig zu erfahren, ob der entrichtete Lohn ein Leistungslohn ist oder wie hoch die Sozialkomponente im vereinbarten Lohn ist.

1. **Zusatzfragen: Beschreibung der individuellen Tätigkeit**

Die Informationen, die Sie uns mit diesem Fragebogen geben, sind für die betroffene Person ausserordentlich wichtig. Denn sie ermöglichen unseren IV-Mitarbeitenden des Ärztlichen Dienstes (AD), der beruflichen Eingliederung und der Sachbearbeitung eine fundierte Beurteilung der individuellen Situation und damit einen fairen Entscheid über Eingliederungsmassnahmen oder IV-Renten.

Bei den folgenden Fragen sind wir darauf angewiesen, dass Sie die Hauptaufgaben aufführen und möglichst genau angeben, welche Anforderungen oder Belastungen zur Erfüllung der Arbeit notwendig sind.

**Welche Arbeiten gehören Wie oft müssen diese Tätigkeiten pro Tag**

**bzw. gehörten zur Tätigkeit? ausgeführt werden? (Annahme 8.4 h/Tag)**

 1–5% oder 6–33% oder 34–66% oder

 bis ca. ½ h ½ bis ca. 3 h 3 bis rund 5¼ h

 selten manchmal oft

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|       | [ ]  | [ ]  | [ ]  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|       | [ ]  | [ ]  | [ ]  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|       | [ ]  | [ ]  | [ ]  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|       | [ ]  | [ ]  | [ ]  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|       | [ ]  | [ ]  | [ ]  |

**Welchen körperlichen und geistigen Wie oft müssen diese Tätigkeiten pro Tag**

**Anforderungen/Belastungen ist/war ausgeführt werden? (Annahme 8.4 h/Tag)**

**die Person ausgesetzt?** 1–5% oder 6–33% oder 34–66% oder

 bis ca. ½ h ½ bis ca. 3 h 3 bis rund 5¼ h

**Körperlich** selten manchmal oft

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Sitzen | [ ]  | [ ]  | [ ]  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Gehen | [ ]  | [ ]  | [ ]  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Stehen | [ ]  | [ ]  | [ ]  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Heben oder tragen (leicht: 0–10 kg) | [ ]  | [ ]  | [ ]  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Heben oder tragen (mittelschwer: 10–25 kg) | [ ]  | [ ]  | [ ]  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Heben oder tragen (schwer: über 25 kg) | [ ]  | [ ]  | [ ]  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Weiteres | [ ]  | [ ]  | [ ]  |

 **Die täglichen Anforderungen/Belastungen sind**

**Geistig klein mittel gross**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Konzentration/Aufmerksamkeit | [ ]  | [ ]  | [ ]  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Durchhaltevermögen | [ ]  | [ ]  | [ ]  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Sorgfalt | [ ]  | [ ]  | [ ]  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Auffassungsvermögen | [ ]  | [ ]  | [ ]  |

|  |
| --- |
| Weitere       |

**Andere Anforderungen oder Belastungen:**

Bitte geben Sie uns hier weitere berufsspezifische Informationen, die uns ein realistisches Bild der Arbeiten Ihres Mitarbeiters bzw. Ihrer Mitarbeiterin vermitteln können.

|  |
| --- |
|       |

Was könnte Ihr Mitarbeiter bzw. Mitarbeiterin Ihrer Meinung nach arbeiten?

|  |
| --- |
|       |