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

**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 herunterladen.

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

Freundliche Grüsse

Liechtensteinische AHV-IV-FAK

**Fragebogen für Arbeitgebende: Rente**

Ergänzende Fragen

|  |
| --- |
|  |

Bitte beantworten Sie auch die Zusatzfragen: Beschreibung der individuellen Tätigkeit

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Versicherte Person (Vorname, Name) | 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**

Zu welchem Ergebnis sind sie gekommen?

|  |
| --- |
|  |

**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)

pro Jahr seit

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

pro Monat seit

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

CHF pro Stunde

Grundlohn / Ferien- Feiertags- 13. Monatslohn/ Stundenlohn

Stunde entschädigung entschädigung Gratifikation total 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?

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**

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.

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 |  |  |  |

|  |
| --- |
| Weiteres |

**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?

|  |
| --- |
|  |