

Anmeldung zum Bezug von IV-Leistungen für Minderjährige

Eingangsstempel

Bemerkungen auf Seite 5 beachten!

Bitte deutlich schreiben!

Bei Auswahlfragen das Zutreffende ankreuzen

1. Personalien des Versicherten

1.1 Familienname

1.2 Vornamen

Alle Vornamen; den Rufnamen unterstreichen weiblich männlich

1.3 Geburtsdatum

Tag, Monat, Jahr

1.4 Zivilstand

Sofern nicht mehr ledig, auch Datum der Zivilstandsänderung angeben

1.5 Heimatort

Gemeinde, bei Ausländern Staatsangehörigkeit und Geburtsort

1.6 Adresse

.....

PLZ Tel.-Nr

Strasse, Hausnummer, nähere Ortsbezeichnung mit Postleitzahl;
bei Aufenthalt in einem Spital oder Pflegeheim dessen Adresse

1.7 Aufenthalt in Liechtenstein seit

Nur von Ausländern zu beantworten; Tag, Monat, Jahr

1.8 Besteht Vormundschaft? ja nein ; Beistandschaft? ja nein

1.8.1 Wenn ja, Name und Adresse des Vormundes bzw. der Beistandes

.....

1.8.2 Wenn ja, Sitz der Vormundschaftsbehörde

.....

Versicherungsnummer

2. Personalien der Eltern des Versicherten

2.1 Vater

2.1.1 Familienname und Vorname

2.1.2 Beruf

2.1.3 Geburtsdatum

Tag, Monat, Jahr

2.1.4 Heimatort

.....

Gemeinde, bei Ausländern Staatsangehörigkeit und Geburtsort

2.1.5 Allfälliges Todesdatum

Tag, Monat, Jahr

2.1.6 Aufenthalt in Liechtenstein seit

Nur von Ausländern zu beantworten; Tag, Monat, Jahr

2.1.7 Adresse

.....

PLZ Tel.-Nr

Strasse, Hausnummer, nähere Ortsbezeichnung mit Postleitzahl

Versicherungsnummer

2.2 Mutter

2.2.1 Familienname und Vorname

.....
Auch Mädchenname angeben

2.2.2 Beruf

.....

2.2.3 Geburtsdatum

.....
Tag, Monat, Jahr

2.2.4 Heimatort

.....
Gemeinde, bei Ausländern Staatsangehörigkeit und Geburtsort

2.2.5 Allfälliges Todesdatum

.....
Tag, Monat, Jahr

2.2.6 Aufenthalt in Liechtenstein seit

.....
Nur von Ausländern zu beantworten; Tag, Monat, Jahr

2.2.7 Adresse

.....
Nur von getrennt Lebenden zu beantworten

2.3 Bei getrennt lebenden Eltern: Welchem Teil steht die elterliche Gewalt zu?

.....

Versicherungsnummer

3. Angaben über die bisherige Tätigkeit des Versicherten

3.1 Besuchte Schulen

.....
Bezeichnung und Adresse der Schule bzw. Anstalt Seit wann? (Monat und Jahr)

3.1.1 gegenwärtig

.....
Bezeichnung und Adresse der Schule bzw. Anstalt Von wann bis wann? (Monat und Jahr)

3.1.2 früher

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

3.2 Befindet sich der Versicherte in erstmaliger beruflicher Ausbildung oder steht ein Ausbildungsplatz in Aussicht? ja nein

3.2.1 Art der Ausbildung.....

3.2.2 Beginn und Dauer der Ausbildung.....

3.2.3 Adresse der Lehrfirma oder Schulanstalt.....

3.2.4 Entstehen durch die Behinderung Mehrkosten für die Ausbildung? ja nein

Wenn ja, welcher Art sind diese Kosten?

(z.B. auswärtige Unterkunft oder Verpflegung, invaliditätsbedingte Reisespesen)

Genauere Angaben der Mehrkosten im einzelnen

(nähere Begründungen unter Ziffer 5.9 angeben)

Höhe der Mehrkosten pro Jahr

.....
.....

3.3 War der Versicherte bereits erwerbstätig? ja nein Wenn ja, bitte angeben:

Art der Erwerbstätigkeit

Adresse der Arbeitgeber

Von wann bis wann?

.....
.....

3.4 Hat der Versicherte in ausländischen staatlichen Rentenversicherungen Beitrags- bzw. Versicherungszeiten zurückgelegt?

ja nein

Wenn ja, in welchen?

3.5 Wurde für den Versicherten bereits eine Anmeldung zum Bezug von Leistung der IV eingereicht? ja nein

Wenn ja, bei welcher IV-Stelle oder schweiz. Ausgleichskasse?

.....

4. Allgemeine Angaben

4.1 Wird zugunsten des Versicherten schon eine Leistung der AHV, IV oder einer Unfallversicherung (z.B. Waisenrente, Kinderrente an invalide oder betagte Eltern, Hilfsmittel) bezogen bzw. ist sie beantragt? ja nein
Wenn ja, für Leistungen der AHV oder IV (allenfalls bei welcher schweiz. Ausgleichskasse)?

.....

4.2 Ist der Versicherte Mitglied einer Krankenkasse? ja nein

Wenn ja, bei welcher (Kasse und Sektion)?.....

4.3 Welche Behörden oder Institutionen haben sich mit der Behinderung des Versicherten schon befasst?
Name und Ort dieser Stellen (Schulbehörden, Berufsberatungsstellen, öffentliche und private Fürsorgestellen, Arbeitsämter, Unfallversicherung usw.) Wann?
(Monat und Jahr)

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

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

.....

5. Angaben über die Behinderung
(ergänzende Bemerkungen unter Ziffer 5.8 anbringen)

5.1 Wurde die Behinderung herbeigeführt durch: Geburtsgebrechen Krankheit Unfall

5.2 Nähere Angaben über die Art der Behinderung

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

5.3 Seit wann besteht die Behinderung?

.....

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

5.5 Wer hat die Behinderung ärztlich behandelt? (Name des Hausarztes unterstreichen)

5.5.1	zuletzt		
	Name und Adresse des Arztes bzw. der Kranken-, Heil- und Pflegeanstalt	Von wann bis wann? (Monat und Jahr)	Für welche Leiden?

.....
.....

5.5.2	früher		
	Name und Adresse des Arztes bzw. der Kranken-, Heil- und Pflegeanstalt	Von wann bis wann? (Monat und Jahr)	Für welche Leiden?

.....
.....

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

Wenn ja, genaue Bezeichnung:.....

Seit wann?

5.7 Welche Versicherungsleistungen werden beansprucht?
(Zutreffendes ankreuzen und allenfalls unter Ziffer 5.8 näher bezeichnen)

- Medizinische Massnahmen (z.B. bei Geburtsgebrechen)
- Hilflosenentschädigung (frühestens ab Vollendung des 2. Altersjahres)
- Berufsberatung
- Beiträge an die Mehrkosten der erstmaligen beruflichen Ausbildung
- Arbeitsvermittlung
- Hilfsmittel (Prothesen, Fahrstuhl usw.) Wenn ja, welche?

Gewünschter Lieferant:

5.8 Ergänzende Bemerkungen über die Behinderung und über die vorgesehenen Massnahmen (Ziffern 5 - 5.7)

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

5.9 Allfällige ergänzende Bemerkungen allgemeiner Art:

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

Vollmacht

Mit der Unterzeichnung dieses Formulars ermächtigt der gesetzliche Vertreter des Versicherten 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:

Beilagen:

..... Unterschrift des Gesetzlichen Vertreters des Versicherten
.....
.....



Der Anmeldung sind beizulegen:

- **Versicherungsausweis AHV-IV** (sofern der Versicherte bereits einen solchen besitzt)
- **Personalausweis** (z.B. Geburtsschein, Heimatschein, Niederlassungs- oder Aufenthaltsbewilligung, Schriftenempfangsschein, Reisepass, Ausländerausweis)

Bitte Bemerkungen auf Seite 5 beachten!

Zur Beachtung

a. Renten und Hilflosenentschädigungen

Versicherte, die Anspruch auf eine Rente oder Hilflosenentschädigung erheben, füllen das Anmeldeformular für Erwachsene aus. Eine Rente bzw. Hilflosenentschädigung kann frühestens vom ersten Tag des der Vollendung des 18. Altersjahres folgenden Monats an gewährt werden, und zwar in der Regel nur dann, wenn keine Eingliederungsmassnahmen in Frage kommen.

b. Ausländische Staatszugehörigkeit

Für Kinder mit ausländischer Staatszugehörigkeit genügen die Angaben in diesem Formular nicht. Die Versicherungsorgane werden noch weitere Unterlagen einverlangen.

c. Einreichungsstelle für die Anmeldung

Invalidenversicherung, 9490 Vaduz, Gerberweg 2

d. 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. Kann mit der Durchführung aus wichtigen Gründen nicht zugewartet werden, so übernimmt die Invalidenversicherung die Kosten im Rahmen ihrer Leistungspflicht nur; wenn die Anmeldung spätestens innert zwölf Monaten seit Beginn der Durchführung bei der unter Buchstabe c genannten Stelle eingereicht wird.