



## **Anmeldung für Minderjährige: Medizinische Massnahmen, Berufliche Massnahmen und Hilfsmittel**

### **Ihre Anmeldung: Danke für sorgsames Ausfüllen**

Guten Tag

Dieser Fragebogen ist für die Anmeldung bestimmt. Wir können Ihren Antrag prüfen, wenn er vollständig und genau ausgefüllt ist. Fragen Sie bei Unklarheiten nach. Wir verlieren wertvolle Zeit, wenn das Anmeldeformular nicht korrekt ausgefüllt ist oder Unterlagen fehlen.

Unsere Empfehlung zum Ausfüllen:

- 1 Lesen Sie den Fragebogen zuerst in Ruhe durch.
- 2 Markieren Sie sich die Fragen, die Ihnen unklar sind.
- 3 Beachten Sie, dass es Antworten gibt, die Sie mit Unterlagen ergänzen müssen. Stellen Sie diese Unterlagen zusammen, bevor Sie die Anmeldung ausfüllen.

Drei Fragen nach dem Ausfüllen der Anmeldung:

- Sind alle Fragen vollständig beantwortet?
- Ist der Fragebogen unterschrieben?
- Haben Sie alle erforderlichen Unterlagen beigelegt?

Sie können diesen Fragebogen auch auf unserer Website [www.ahv.li](http://www.ahv.li) herunterladen. Wenn Sie bei der Beantwortung Hilfe brauchen, rufen Sie uns einfach an.

Wir geben Ihnen gerne Auskunft.

Freundliche Grüsse

Liechtensteinische AHV-IV-FAK

## 1. Beantragte Leistung

Welche Versicherungsleistungen werden beantragt?

- Medizinische Massnahmen, z.B. Geburtsgebrechen  
 Massnahmen für die berufliche Eingliederung  
 Hilfsmittel (Prothese, Rollstuhl usw.)

Welche Hilfsmittel?

Gewünschte Lieferfirma (bitte Rechnungskopien, Kostenvoranschläge beilegen)

## 2. Personalien

### 2.1 Persönliche Angaben

Name

auch Name als ledige Person

Vornamen

alle Vornamen, den Rufnamen bitte in Grossbuchstaben

weiblich

männlich

Geburtsdatum

Versichertennummer

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

TT, MM, JJJJ

Zivilstand

seit

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

TT, MM, JJJJ

### 2.2 Gesetzlicher Wohnsitz mit genauer Adresse

Postleitzahl, Ort

Strasse, Hausnummer

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

Telefonnummer

E-Mail

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

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

Name der Institution

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

Postleitzahl, Ort

Strasse, Hausnummer

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

**2.3 Sachwalterschaft**

Besteht eine Sachwalterschaft?

ja      nein

Besteht eine Vormundschaft?

ja      nein

Wenn ja, Name und Adresse der Sachwalterschaft oder des Vertreters

--

Legen Sie dieser Anmeldung eine Kopie der Ernennungsurkunde zur Sachwalterschaft und die Beschreibung der Pflichten und Aufgaben bei.

**2.4 Staatsangehörigkeit**Liechtensteiner Bürgerinnen und Bürger  
Heimatgemeinde

Liechtensteiner Bürgerrecht seit

--	--

Ausländische Staatsangehörige  
Staatsangehörigkeit

Datum der Einreise in Liechtenstein

--	--

**3. Personalien der Eltern****3.1 Mutter****3.1.1 Persönliche Angaben**

Name

--

auch Name als ledige Person

Vornamen

--

alle Vornamen, den Rufnamen bitte in Grossbuchstaben

Geburtsdatum

Versichertennummer

--	--

TT, MM, JJJJ

Zivilstand

allfälliges Todesdatum

--	--

TT, MM, JJJJ

**3.1.2 Gesetzlicher Wohnsitz mit genauer Adresse**

Postleitzahl, Ort

Strasse, Hausnummer

--	--

Telefonnummer

E-Mail

--	--

**3.1.3 Staatsangehörigkeit**

Liechtensteiner Bürgerinnen und Bürger  
Heimatgemeinde

Liechtensteiner Bürgerrecht seit

--	--

TT, MM, JJJJ

Ausländische Staatsangehörige

Staatsangehörigkeit

Datum der Einreise in Liechtenstein

--	--

TT, MM, JJJJ

**3.2 Vater****3.2.1 Persönliche Angaben**

Name

--

Auch Name als ledige Person

Vornamen

--

Alle Vornamen, den Rufnamen bitte in Grossbuchstaben

Geburtsdatum

Versichertennummer

--	--

Zivilstand

allfälliges Todesdatum

--	--

TT, MM, JJJJ

**3.2.2 Gesetzlicher Wohnsitz mit genauer Adresse**

Postleitzahl, Ort

Strasse, Hausnummer

--	--

Telefonnummer

E-Mail

--	--

**3.2.3 Staatsangehörigkeit**

Liechtensteiner Bürgerinnen und Bürger  
Heimatgemeinde

Liechtensteiner Bürgerrecht seit

--	--

TT, MM, JJJJ

Ausländische Staatsangehörige

Staatsangehörigkeit

Datum der Einreise in Liechtenstein

--	--

TT, MM, JJJJ

**3.3 Sorgerecht**

Bei getrennt lebenden oder geschiedenen Eltern: Wem steht das elterliche Sorgerecht zu?

Bitte legen Sie eine Kopie der Sorgerechtsregelung bei

Gemeinsam

Mutter

Vater

Bei unverheirateten Eltern oder bei gemeinsamem Sorgerecht: Wer soll als Korrespondenzempfänger vermerkt werden?

Mutter

Vater

#### 4. Angaben zur Ausbildung/Tätigkeit der versicherten Person

##### 4.1 Gegenwärtig besuchte Schule

Bezeichnung und Adresse der Schule

seit

--	--

TT, MM, JJJJ

##### 4.2 Früher besuchte Schule

Bezeichnung und Adresse der Schule

seit

--	--

TT, MM, JJJJ

--	--

TT, MM, JJJJ

##### 4.3 Ausbildung

Befindet sich Ihr Kind in erstmaliger beruflicher Ausbildung oder steht ein Ausbildungsplatz in Aussicht?

ja      nein

Art der Ausbildung

Beginn und Dauer der Ausbildung

--	--

Name der Lehrfirma oder Schulanstalt

--

Postleitzahl, Ort

Strasse, Hausnummer

--	--

Entstehen durch die Behinderung Mehrkosten für diese Ausbildung?

ja      nein

Genauere Angabe der Mehrkosten im Einzelnen

--

##### 4.4 Erwerbstätigkeit

War Ihr Kind bereits erwerbstätig?

ja      nein

Art der Erwerbstätigkeit

Adresse des Arbeitgebenden

von / bis

--	--	--

--	--	--

## 5. Allgemeine Angaben

### 5.1 Frühere Anmeldungen

Wurde für Ihr Kind bereits einmal eine Anmeldung zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung eingereicht?

ja      nein

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

### 5.2 Versicherungen

Ist Ihr Kind angemeldet bzw. erhält Leistungen

einer Versicherung im Rahmen der obligatorischen Unfallversicherung?

Name und Adresse der Versicherung (bzw. der zuständigen Agentur) inkl. Referenznummer

### 5.3 Krankenkasse

Bei welcher Krankenkasse ist Ihr Kind versichert (Grundversicherung)?

Name und Adresse

### 5.4 Behörden und Institutionen

Welche Behörden oder Institutionen haben sich bereits mit der Behinderung befasst? (Schulbehörden, Schulpsychologischer Dienst, Erziehungsberatung, Berufsberatungsstellen, öffentliche und private Fürsorgestellen, Arbeitsämter, usw.)

Name und Ort dieser Stellen

Zeitpunkt

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

## 6. Angaben zur gesundheitlichen Beeinträchtigung

### 6.1 Nähere Angaben zur Art der gesundheitlichen Beeinträchtigung

--

Seit wann besteht die gesundheitliche Beeinträchtigung?

--

### 6.2 Unfall

Die gesundheitliche Beeinträchtigung ist ganz oder teilweise zurückzuführen auf:

- einen Unfall (z. B. Strassenverkehr, Ausübung beruflicher oder sportlicher Aktivität, Gewaltdelikt, usw.)
- ein anderes Schadenereignis (z. B. mögliche ärztliche Sorgfaltspflichtverletzung, Infekt in einem Spital, Schädigung durch Tiere, durch Produkte, Suizidversuch, usw.)
- eine Krankheit

Ergänzende Bemerkungen zum Ereignis

--

### 6.3 Arzt, Spital oder Pflegeheim

Bitte geben Sie uns 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

### 6.4 Hilfsmittel

Besitzt Ihr Kind bereits Hilfsmittel? (z. B. Prothesen, Rollstuhl)

ja      nein

Wenn ja, welche

seit

--	--

TT, MM, JJJJ

### 6.5 Ergänzende Bemerkungen

### 7. Zahlungsverbindung

---

Bankkonto     Postkonto

lautend auf

Name/Vorname

IBAN

Name und Adresse der Bank

### 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. Mitwirkungspflicht

---

Es wird von den Beteiligten erwartet, dass alles Zumutbare unternommen wird, um den Eintritt einer Invalidität zu verhindern.



## 10. Unterschrift/Beilagen

---

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

Datum

Unterschrift des gesetzlichen Vertreters / der Vertreterin der versicherten Person

Bemerkungen

Der Anmeldung sind beizulegen:

Geburtsschein

**Gegebenenfalls sind beizulegen:**

Kopien von Ausbildungsbescheinigungen und Belege von Lehranstalten und Arbeitgebenden, Arztzeugnisse, Ernennungsurkunde und die Beschreibung der Pflichten und Aufgaben zur Sachwalterschaft, Sorgerechtsregelung, Todesschein

Rechnungskopien oder Kostenvoranschläge für Hilfsmittel

**Bitte heften Sie die Dokumente nicht zusammen**

## 11. Einreichungsstelle

---

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