Anmeldung durch Drittperson zur Durchführung einer Früherfassung

(Koordination der beruflichen Massnahmen)

|  |
| --- |
| **Versicherungsnummer**:  |

**Personalien der versicherten Person**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Familienname:  |       | Vorname:  |       |
| Strasse / Nummer:  |       | PLZ, Ort:  |       |
| Geburtsdatum:  |       | Zivilstand:  |       |
| Staatsangehörigkeit:  |       | Aufenthaltsstatus:  |       |
| Telefon:  |       | Handy:  |       |
| Email:  |       |

Die Früherfassung zum Zweck der Vermeidung oder Verminderung möglicher Invalidität erfolgt auf eine von der versicherten Person oder von Dritten vorgenommene Meldung bei der Invalidenversicherung.

|  |  |
| --- | --- |
| **Antragsteller/in:** |        |
| Bezugsperson: |        |
| Telefon:  |       | E-Mail:  |       |

|  |  |
| --- | --- |
| **Begründung:**(z.B. Diagnose/Krankheit) |        |
| Beginn der Arbeitsunfähigkeit: |        |
| Grund der Arbeitsunfähigkeit: | [ ]  Krankheit  | [ ]  Unfall |
|  |
| Arbeitgeber: |        |
| Beschäftigungsgrad:  |        |

Eine freiwillige Meldung zur Früherfassung ist bereits bei gesundheitsbedingter Einschränkung der Arbeitsfähigkeit möglich. Eine Meldepflicht hingegen besteht für Arbeitgeber, Ärzte und Versicherungsträger, wenn die versicherte Person ununterbrochen während mind. 6 Wochen eine gesundheitsbedingte Arbeitsabwesenheit von mind. 50% aufweist; diese Meldepflicht entfällt, wenn sich abzeichnet, dass die vollständige Arbeitsfähigkeit in absehbarer Zeit wieder hergestellt sein wird. Erfolgt die Meldung nicht durch die versicherte Person selbst sondern durch Dritte, so haben diese die versicherte Person mind. eine Woche im Voraus über die bevorstehende Meldung zu informieren. Weitere Auskünfte erteilt die Invalidenversicherung.

**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**](http://www.ahv.li/datenschutz)

Ort / Datum: Unterschrift:

      ,

**Die Anmeldung ist einzureichen bei:**

**Liechtensteinische Invalidenversicherung, Gerberweg 2, 9490 Vaduz
iv-li@ahv.li**