Anmeldung durch versicherte Person zur Durchführung einer

Früherfassung

(Koordination der beruflichen Massnahmen)

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

**Personalien der versicherten Person**

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

**1. Berufliche Situation**

Ausgeübte Tätigkeit:

Arbeitgeber:

Anschrift:

Bezugsperson:       Telefon:

Beginn der Arbeitsunfähigkeit:

Grund der Arbeitsunfähigkeit:  Krankheit  Unfall

in gekündigter Stellung seit:        in ungekündigter Stellung

Lohn pro Monat:

**Arbeitsplatzbeschreibung der bisherigen Tätigkeit**

Welches sind die Haupttätigkeiten an diesem Arbeitsplatz?

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Berufsbildung:** | Praktisch angelernt | Studium mit Abschluss |
|  |  |  |
|  | Anlehre mit Abschluss |  |
|  |  |  |
|  | Lehre mit Abschluss |  |

**Allfällige Ausbildungen:**

(Bezeichnung und Dauer angeben)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Bes. Kenntnisse:** | EDV | Welche: |
| Führerschein | Typ: |
| Sprachen | Welche: |
| Andere | Welche: |

**2. Bei welchen Ärzten stehen Sie gegenwärtig in Behandlung und seit wann?**

(Name und Adresse des Arztes angeben)

**Nähere Angaben über die Art der Behinderung**

**3. Bei welcher Krankenkasse sind Sie versichert?**

(vollständige Adresse sowie Referenznummer angeben)

**Sind Sie noch bei anderen Versicherungen (z.B. Arbeitslosen, Unfall, Pensionskasse) gemeldet?**

(vollständige Adresse sowie Referenznummer angeben)

**Vollmacht**

Mit der Unterzeichnung dieses Antrages ermächtigt die versicherte Person oder ihr Vertreter alle in Betracht fallenden Personen und Stellen (Ärzte, öffentlichen und privaten Versicherungen, Amtsstellen usw.) die für die Abklärung des Anspruchs der versicherten Person erforderlichen Auskünfte zu geben.

Ebenfalls können alle Akten an die von der IV beauftragten Durchführungsstellen für die Früherfassung weitergeleitet werden.

Ort / Datum: Unterschrift der versicherten Person:

      ,

Anschrift der Vertreterin / des Vertreters:

Ort / Datum: Unterschrift:

      ,

**Die Anmeldung ist einzureichen bei: Liechtensteinische Invalidenversicherung**

**Gerberweg 2**

**9490 Vaduz**