



Anmeldung für Erwachsene: Berufliche Integration/Rente

1. Personalien

1.1 Persönliche Angaben

Name

auch Name als ledige Person

Vornamen

alle Vornamen, Rufnamen bitte in Grossbuchstaben

weiblich männlich

Geburtsdatum

TT, MM, JJJJ

Versichertennummer

1.2 Gesetzlicher Wohnsitz mit genauer Adresse

Postleitzahl, Ort

Strasse, Hausnummer

Telefonnummer

E-Mail

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

Name der Institution

Postleitzahl, Ort

Strasse, Hausnummer

1.3 Sachwalterschaft

Besteht eine Sachwalterschaft?

ja nein

Wenn ja, Name und Adresse der Sachwalterschaft oder des Vertreters

Wenn ja, legen Sie dieser Anmeldung eine Kopie der Ernennungsurkunde zur Sachwalterschaft und die Beschreibung der Pflichten und Aufgaben bei.

1.4 Staatsangehörigkeit

Liechtensteiner Bürgerinnen und Bürger

Heimatgemeinde

Liechtensteiner Bürgerrecht seit

TT, MM, JJJJ

Ausländische Staatsangehörige

Staatsangehörigkeit

Datum der Einreise in Liechtenstein

TT, MM, JJJJ

2. Zivilstand

2.1 Aktuelle Situation

Zivilstand

seit

TT, MM, JJJJ

Personalien der Ehepartnerin/des Ehepartners bzw. der eingetragenen Partnerin/des eingetragenen Partners

Name

auch Name als ledige Person

Vornamen

alle Vornamen, Rufname in Grossbuchstaben

Geburtsdatum

TT, MM, JJJJ

Versichertennummer

2.2 Allfällige frühere Ehe(n) oder eingetragene Partnerschaft(en)

Datum der Heirat/Eintragung

Zivilstand

seit

TT, MM, JJJJ

Personalien der früheren Partnerin/des früheren Partners

Name

auch Name als ledige Person

Vornamen

alle Vornamen, Rufname in Grossbuchstaben

Geburtsdatum

TT, MM, JJJJ

Versichertennummer

3. Kinder

Bitte geben Sie uns alle Ihre Kinder an, auch wenn diese bereits volljährig sind.

Name	Vorname	Geburtsdatum	Geschlecht	Allf. Todesdatum	Status
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> TT, MM, JJJJ	<input type="radio"/> w <input type="radio"/> m	<input type="text"/> TT, MM, JJJJ	eigenes Kind Stiefkind Pflegekind
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> TT, MM, JJJJ	<input type="radio"/> w <input type="radio"/> m	<input type="text"/> TT, MM, JJJJ	eigenes Kind Stiefkind Pflegekind
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> TT, MM, JJJJ	<input type="radio"/> w <input type="radio"/> m	<input type="text"/> TT, MM, JJJJ	eigenes Kind Stiefkind Pflegekind
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> TT, MM, JJJJ	<input type="radio"/> w <input type="radio"/> m	<input type="text"/> TT, MM, JJJJ	eigenes Kind Stiefkind Pflegekind

4. Allgemeine Angaben

4.1 Wohnsitz und Erwerbstätigkeit

Haben Sie jemals ausserhalb Liechtenstein

- gewohnt? ja nein

- gearbeitet oder studiert? ja nein

von	bis	in
<input type="text"/> TT, MM, JJJJ	<input type="text"/> TT, MM, JJJJ	<input type="text"/> Staat
<input type="text"/> TT, MM, JJJJ	<input type="text"/> TT, MM, JJJJ	<input type="text"/> Staat

Bei verheirateten, verwitweten und geschiedenen Personen bzw. Personen in bestehender, durch Tod oder gerichtlich aufgelöster Partnerschaft

Hatte die Partnerin/der Partner jemals ausserhalb Liechtenstein

- gewohnt? ja nein

- gearbeitet oder studiert? ja nein

von	bis	in
<input type="text"/> TT, MM, JJJJ	<input type="text"/> TT, MM, JJJJ	<input type="text"/> Staat
<input type="text"/> TT, MM, JJJJ	<input type="text"/> TT, MM, JJJJ	<input type="text"/> Staat

4.2 Frühere Anmeldungen

Haben Sie oder Ihr Ehepartner/Ihre Ehepartnerin bzw. Ihr eingetragener Partner/Ihre eingetragene Partnerin bereits einmal eine Anmeldung zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung eingereicht.

Für Sie?

ja nein

Für die Ehepartnerin/den Ehepartner bzw. die eingetragene Partnerin/den eingetragenen Partner?

ja nein

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

--

4.3 Arbeitsunfähigkeit

von	bis	in %
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
TT, MM, JJJJ	TT, MM, JJJJ	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
TT, MM, JJJJ	TT, MM, JJJJ	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
TT, MM, JJJJ	TT, MM, JJJJ	

4.4 Versicherungen

Sind Sie angemeldet bzw. erhalten Sie Leistungen

einer Krankentaggeldversicherung?

Name und Adresse der Versicherung inkl. Referenznummer

--

einer anderen Versicherung im Rahmen der obligatorischen Unfallversicherung?

Name und Adresse der Versicherung inkl. Unfall- und/oder Referenznummer

--

der beruflichen Vorsorge?

Name und Adresse der Vorsorgeeinrichtung

--

der Sozialhilfe?

Name und Adresse der Sozialhilfestelle

--

der Arbeitslosenversicherung oder Arbeitsmarkt Service ?

Name und Adresse der Arbeitslosenkasse (wenn Arbeitslosenentschädigung bezahlt wurde) oder Arbeitsmarkt Service

--

von	bis	in %
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
TT, MM, JJJJ	TT, MM, JJJJ	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
TT, MM, JJJJ	TT, MM, JJJJ	

Bei welcher Vorsorgeeinrichtung der 2. Säule (Pensionskasse) waren Sie bei Eintritt der Arbeitsunfähigkeit bzw. zuletzt versichert?

Name und Adresse der Vorsorgeeinrichtung

4.5 Case Management

Begleitet Sie ein Case Manager?

ja nein

Wenn ja, Name, Adresse und Telefonnummer des Case Managers

5. Angaben zu Bildung, Beruf und bisheriger Tätigkeit

5.1 Muttersprache

5.2 Besuchte Schulen

5.3 Erlerner Beruf

Art der Berufsausbildung

von

bis

Ausweis

Studium, Lehre, Anlehre im Betrieb
usw.

TT, MM, JJJJ

TT, MM, JJJJ

Fähigkeitszeugnis/Diplom usw.

Name und Adresse des Lehrbetriebes

Art der Berufsausbildung

von

bis

Ausweis

Studium, Lehre, Anlehre im Betrieb
usw.

TT, MM, JJJJ

TT, MM, JJJJ

Fähigkeitszeugnis/Diplom usw.

Name und Adresse des Lehrbetriebes

5.4 Erwerbstätige und Personen mit Nebenbeschäftigungen

Aktuelle/letzte Haupt-, Teil- oder Nebenbeschäftigung

Art der Beschäftigung

Pensum in %

von

bis

Bruttoeinkommen CHF

TT, MM, JJJJ

TT, MM, JJJJ

Stunde, Woche, Monat

Name und Adresse des Arbeitgebenden

Art der Beschäftigung

Pensum in %

von

bis

Bruttoeinkommen CHF

TT, MM, JJJJ

TT, MM, JJJJ

Stunde, Woche, Monat

Name und Adresse des Arbeitgebenden

5.5 Nichterwerbstätige

Art der Beschäftigung

von

bis

Hausfrau/Hausmann, Studentin/Student usw.

TT, MM, JJJJ

TT, MM, JJJJ

Hausfrau/Hausmann, Studentin/Student usw.

TT, MM, JJJJ

TT, MM, JJJJ

6. Angaben zur gesundheitlichen Beeinträchtigung

6.1 Nähere Angaben zur Art der gesundheitlichen Beeinträchtigung

Seit wann besteht die gesundheitliche Beeinträchtigung?

6.2 Unfall oder Schadenereignis

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

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

Die versicherte Person verpflichtet sich, alles ihr Zumutbare zu unternehmen, um die Dauer und das Ausmass der Arbeitsunfähigkeit zu verringern und den Eintritt einer Invalidität zu verhindern.
Im Weiteren nimmt sie zur Kenntnis, dass sie an allen zumutbaren Massnahmen aktiv teilnehmen muss.

10. Unterschrift/Beilagen

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

Datum

Unterschrift des/der Versicherten oder des Vertreters/der Vertreterin

Adresse des Vertreters/der Vertreterin, sofern der/die Versicherte nicht unterschreiben kann

Bemerkungen

Der Anmeldung sind beizulegen:

- Kopie eines amtlichen Personalausweises (z. B. Familienbüchlein, Personenstandsausweis oder Familienausweis, Meldebestätigung, Reisepass, Partnerschaftsurkunde), aus dem die Personalien aller in dieser Anmeldung genannten Personen ersichtlich sind
- Für ausländische Staatsangehörige: Kopie Ihres Aufenthaltstitels

Gegebenenfalls sind beizulegen:

- Ausbildungsbescheinigungen und Belege von Lehrbetrieben, Hochschulen und Arbeitgebenden, Arztzeugnisse, Kopie des Scheidungs- oder Trennungsurteils, inkl. Rechtskraftbescheinigung oder der gerichtlich genehmigten Scheidungs- oder Trennungskonvention bzw. analoger Dokumente bei eingetragenen Partnerschaften, Kopien der Geburtsscheine der Kinder, Lebensbescheinigung, Todesschein, Ernennungsurkunde und die Beschreibung der Pflichten und Aufgaben der Sachwalterschaft

Bitte heften Sie die Dokumente nicht zusammen

11. Einreichungsstelle

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

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