|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Eingliederungsplan / Zielvereinbarung** | **Vers.Nr. / PEID** | **AHV-Nr.** |
| **Antrag vom** |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| zwischen | **Versicherte Person, Strasse/Nr., PLZ/Ort** |

|  |  |
| --- | --- |
| Abklärungsstelle | **Name, Strasse/Nr., PLZ/Ort - Bezugsperson,** |

|  |  |
| --- | --- |
| IV | **Liechtensteinische Invalidenversicherung,  Gerberweg 2, 9490 Vaduz** |

|  |  |
| --- | --- |
| Case Management | **Name Vorname** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  | | --- | | **Ziel der Eingliederung** | |  |     **Beginn und Ende**   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **Dauer (1 Monat = 30 Tage)** | | | | | 30 Tage  60 Tage  90 Tage | | | | | | | | | | | | | | Tage | | | | | | | | **Voraussichtlicher Beginn** | | | | |  | | | | | | **Geplantes Ende** | | | | | | | | |  | | | | | | | **Folgt auf den letzten Tag der Massnahme unmittelbar ein Wochenende?** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Ja  Nein | | | | | | | **Taggeldauszahlung erfolgt an** | | | | | versicherte Person | | | | | AG | | | | | KK | | | UV | | | ASD | | AMS/ALV | | | | **Arbeitspensum und Leistungspensum** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **Startpensum** | | | |  | | % | | von: |  | | | | | bis: | |  | | | | | | | | | | | | **Steigerung auf** | | | |  | | % | | von: |  | | | | | bis: | |  | | | | | | | | | | | | **Steigerung auf** | | | |  | | % | | von: |  | | | | | bis: | |  | | | | | | | | | | | | **Lohn** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | Es wird kein Lohn ausgerichtet. | | | | | | Brutto-Monatslohn | | | | | |  | | | | | | | | | 12x  13x | | | | | | **Betriebsferien (B) und Ferientage (F)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | B  F | | von…bis |  | | | | | | | | | von…bis | | | | |  | | | | | | | | | |  |  | | --- | | **Ferienanspruch** | | Im ersten Monat der Massnahme besteht kein Anspruch auf Ferien. Pro Quartal (3 Monate) besteht ein Anspruch auf 1 Woche (5 Arbeitstage) Ferien.  **Betriebsferien** sind auch für Versicherte der IV verbindlich und gehen zu Lasten ihres Ferienbudgets. Wenn dieses zu tief ist oder bereits aufgebraucht ist, sind die verbleibenden Tage ohne Taggeldanspruch frei zu nehmen. Sinnvollerweise werden Massnahmen so geplant, dass sie nicht in die Zeit von Betriebsferien (üblicherweise im Sommer oder über Weihnachten/Jahreswechsel) fallen. | | | | **Taggelder** | | | Die IV-Stelle übernimmt während der Eingliederung in der Regel Leistungen in Form von Taggeldern. Massgebend dabei ist die IV-Verfügung zur beruflichen Massnahme.  Die Taggelder werden monatlich, gestützt auf eine Bescheinigung der Abklärungsstelle oder der IV‑Stelle, ausbezahlt. Das Taggeld kann grundsätzlich erst nach Erhalt dieser Bescheinigung ausbezahlt werden.  Für Wochenenden oder Feiertage vor Beginn des 1. Tages der Massnahme wird kein Taggeld bezahlt.  Für Wochenenden oder Feiertage die unmittelbar auf den letzten Tag der Massnahme folgen, wird ein Taggeld ausgerichtet (z.B. Freitag letztes Taggeld, Ausrichtung bis und mit Sonntag).  Ein Monat Taggeld entspricht 30 Tage. | | | | | **Versicherungsschutz** | | | **Es ist Sache der versicherten Person, sich zur Vermeidung von Deckungslücken privat zu versichern.** Wir bitten Sie diesbezüglich mit Ihrer **Kranken-** oder **Unfallversicherung** sowie Ihrer **Haftpflichtversicherung** Kontakt aufzunehmen.    Die versicherte Person, die wegen Krankheit oder Unfall nicht in der Lage ist, sich weiterhin der Abklärungsmassnahme der IV zu unterziehen, hat während dieser Zeit für weitere 30 Tage pro Anlassfall Anspruch auf Taggeld, sofern nicht eine andere Versicherung eine gleichartige Leistung auszurichten hat.  **Berufliche Vorsorge (Pensionskasse):**  Versicherte Personen sind nicht dem Beruflichen Vorsorgesetz unterstellt. Vom IV-Taggeld werden keine gesetzlichen Pensionskassen-Beiträge abgezogen.  **Arbeitslosenversicherung:**  Dem IV-Taggeld werden Arbeitslosenversicherungsbeiträge abgezogen.  **Auswertung**  Die Eingliederung wird ausgewertet. In der Regel werden in einem gemeinsamen Gespräch die folgenden Punkte erfasst:   1. Präsenz während der Abklärung 2. Arbeitsleistung 3. Entwicklung im Verlauf des Arbeitsversuches 4. Zielerreichung 5. Abschlussbericht Abklärungsstelle 6. Zwischenbericht / Abschlussbericht Case Management   **Verpflichtung zu gegenseitiger Information**  Die Vertragsparteien informieren sich gegenseitig unmittelbar, wenn wesentliche Voraussetzungen geändert haben oder während der Eingliederung Schwierigkeiten auftreten | | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Datum**: |  | **Unterschrift versicherte Person:** |  |
|  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Datum**: |  | **Unterschrift Case Management IV:** |  | |
|  |  |  | |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Datum**: |  | **Unterschrift Abklärungsstelle:** |  | |
|  |  |  | |  |
| **Dieser Eingliederungsplan / Diese Zielvereinbarung ist integrierender Bestandteil der Verfügung über die Kostengutsprache der Eingliederungsmassnahme.** | | | | | |
|  | | | | | |
| **Verteiler:** Je ein Exemplar wird bei den Vertragsparteien deponiert. | | | | | |