|  |
| --- |
| Liechtensteinische AHV-IV-FAKInvalidenversicherungGerberweg 29490 Vaduz |

**Journal für Antrag auf Prüfung einer Härtefallregelung**

**bei Hörgeräteversorgungen**

Guten Tag

Sie haben bei der IV-Stelle einen Antrag um Prüfung einer Härtefallregelung eingereicht. Hierfür benötigt die IV-Stelle von Ihnen

- eine schriftliche Begründung Ihres Antrages,

- einen Bericht des Hörgeräteanbieters über die bestehenden Probleme bei der Anpassung,

- das vorliegende, ausgefüllte Journal.

Das Journal benötigt die IV-Stelle, sowie allenfalls später die prüfende HNO-Klinik, damit die von Ihnen geltend gemachten Probleme bei der Hörgeräteanpassung am Arbeitsplatz oder im Tätigkeitsbereich mit einer **Standard-Hörgeräteversorgung** nachvollzogen werden können.

**Wir bitten Sie Rücksendung des ausgefüllten Journals zusammen mit der Begründung Ihres Antrages für eine Hörgeräte-Härtefallversorgung innerhalb von 30 Tagen.**

Freundliche Grüsse

Liechtensteinische AHV-IV-FAK

**Journal für Antrag auf Prüfung einer Härtefallregelung bei Hörgeräteversorgungen**

***Was ist auszufüllen?***

Im 1. Teil sind zuerst die Angaben zur Tätigkeit und die bisher erfolgten Massnahmen aufzuführen. Im 2. Teil führen Sie bitte die Probleme auf, welche während der Testphase mit dem/den Hörgerät(en) an Ihren Arbeitstagen bestehen.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Versicherte Person (Vorname, Name)       | Geburtsdatum       | Versichertennummer        |

**1. Teil**

|  |  |
| --- | --- |
| Aktuelle berufliche Tätigkeit |       |
| Funktion |       |
| Arbeitsstunden pro Woche |       Stunden |
| Arbeiten Sie alleine? | [ ] Ja[ ]  Nein |
| Arbeiten Sie in einem Team?Sofern ja, wie gross ist das Team? | [ ]  Ja[ ]  Nein      Anzahl Mitarbeiter/innen |
| Ist dies Ihre erste Hörgeräteversorgung? | [ ]  Ja[ ]  Nein |
| Aktuell getestete(s) Hörgerät(e) | Hörgerätetyp, Name des Modells      |
| Haben Sie das/die Hörgerät/e in der Testphase gewechselt?Wenn ja: Anzahl der ausprobierten GeräteWenn ja: an welchen Daten erfolgte der Wechsel? | [ ]  Ja[ ]  Nein      Geräte…………… …………… …………… |
| Wenn ja: vorher getestete(s) Hörgerät(e)? | Hörgerätetyp, Name des Modells      |
| Haben Sie die bestehenden Probleme mit dem/den Gerät(en) Ihrem Höranbieter gemeldet? | [ ]  Ja[ ]  Nein |
| Wie oft waren Sie bisher im Rahmen der aktuellen Anpassung beim Hörgeräteanbieter (Anzahl Sitzungen)? |       Anzahl Sitzungen |

**2. Teil**

Dokumentation der Testphase mit Standard-Hörgerät(en) an einem typischen **Arbeitstag**, ab dem Zeitpunkt Ihres Antrages um Prüfung einer Härtefallregelung bei der IV-Stelle.

1. Beschreiben Sie Ihren Arbeitsplatz (Lokalität)

1. Beschreiben Sie Ihre Tätigkeit

1. Beschreiben Sie, welche Tätigkeiten Sie mit einer Standard-Hörgeräteversorgung nicht mehr, oder nur in eingeschränkter Form wahrnehmen können

1. Beschreiben Sie, welche Kommunikationsprobleme an Ihrem Arbeitsplatz auftreten

1. Beschreiben Sie die akustischen Umgebungen an Ihrem Arbeitsplatz (Raumakustik, Störgeräusche, Telefon etc.)

……………………………… .................... ………………………………………..

Ort Datum Unterschrift