|  |  |
| --- | --- |
| Eidgenössische Invalidenversicherung IV **Fragebogen für Arbeitgebende** |  |

|  |
| --- |
| AHV-Nummer |

Bitte Hinweise auf der Rückseite der

beiliegenden Rechnung beachten Versanddatum: 25/06/20/

|  |  |
| --- | --- |
| Name und Adresse des Arbeitgebers  CP 1055, 1951 Sion | **Versicherter**: Name, Vorname, genaue Adresse, PLZ, Wohnort  geboren am |
|  | **Kantonale IV-Stelle Wallis**  Av. de la Gare 15  Postfach  1951 Sion  Sachbearbeiter/in :  Direktwahl :  Fax-Nr. der IV-Stelle : 027/324.96.10 |

Guten Tag

Ihre Mitarbeiterin, Ihr Mitarbeiter hat gesundheitliche Einschränkungen. Die IV-Stelle möchte die beruflichen Möglichkeiten für die Zukunft möglichst rasch prüfen. Die Grundlage dazu bilden die Informationen, die Sie uns mit diesem Fragebogen geben. Das gilt auch dann, wenn das Arbeitsverhältnis bereits beendet wurde.

Bitte füllen Sie den Fragebogen elektronisch oder mit Schreibmaschine aus und senden Sie Ihn danach bitte so rasch als möglich zurück.

Sie können diesen Fragebogen auch auf unserer Website ([www.aivs.ch/de/](http://www.aivs.ch/de/), Rubrik Online Schalter, Formulare für den Arbeitgeber, Dokument FOR004) herunterladen.

Wir danken Ihnen und grüssen Sie freundlich

# KANTONALE IV-STELLE WALLIS

**Fragebogen für Arbeitgebende: Berufliche Integration/Rente**

**Versicherte Person**

Name Vorname

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

Geburtsdatum (Tag/Monat/Jahr) Versichertennummer (AHV 13-stellig, beginnend mit 756)

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

**1. Firma**

Firmenname

|  |
| --- |
|  |

Postleitzahl, Ort Strasse, Hausnummer

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

Bei allfälligen Rückfragen, wer erteilt Auskunft?

Vorname, Name

|  |
| --- |
|  |

Telefonnummer E-Mail

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

Bei Welcher Ausgleichskasse sind Sie angeschlossen?

|  |
| --- |
|  |

**2. Angaben zum Beschäftigungsverhältnis**

* **2.1 Dauer des Arbeitsverhältnisses**

Beginn und allfälliges Ende des Arbeitsverhältnisses

Beginn Ende

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

Das Arbeitsverhältnis ist

gekündigt  ungekündigt

Durch wen wurde das Arbeitsverhältnis allenfalls aufgelöst?

|  |
| --- |
|  |

Aus welchen Gründen?

|  |
| --- |
|  |

Bitte Kopie des Kündigungsschreibens beilegen.

Letzter effektiver Arbeitstag

|  |
| --- |
|  |

* **2.2 Tätigkeit**

Tätigkeit vor Eintritt des Gesundheitsschadens

|  |
| --- |
|  |

bis wann? (Tag/Monat/Jahr)

|  |
| --- |
|  |

Tätigkeit nach Eintritt des Gesundheitsschadens

|  |
| --- |
|  |

seit wann? (Tag/Monat/Jahr)

|  |
| --- |
|  |

* **2.3 Arbeitszeit**

Allgemeine Arbeitszeit in Ihrem Betrieb

Std. pro Tag Std. pro Woche

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

Arbeitszeit der versicherten Person vor Eintritt des Gesundheitsschadens

Std. pro Tag Std. pro Woche seit (Tag/Monat/Jahr)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

Arbeitszeit der versicherten Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens

Std. pro Tag Std. pro Woche seit (Tag/Monat/Jahr)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

**3. Beschreibung der individuellen Tätigkeit**

In diesem Fragebogen geben Sie uns wichtige Informationen – wichtig für die betroffene Person, aber auch für die IV-Mitarbeitenden des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD), der beruflichen Eingliederung und der Kundenberatung. Mit diesen Informationen können wir die individuelle Situation fundiert beurteilen.

Nennen Sie bei den folgenden Fragen bitte die Hauptaufgaben. Und vermerken Sie bitte möglichst genau die Anforderungen oder Belastungen.

**Welche Arbeiten gehören bzw. gehörten Wie oft müssen diese Tätigkeiten pro Tag ausge-**

**zur Tätigkeit führt werden? (Annahme 8 h/Tag)**

1–5% oder 6–33% oder 34–66% oder

bis ca. ½ h ½ bis ca. 3 h 3 bis rund 5¼ h

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | selten | manchmal | oft |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | selten | manchmal | oft |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | selten | manchmal | oft |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | selten | manchmal | oft |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | selten | manchmal | oft |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | selten | manchmal | oft |

**Welchen körperlichen und geistigen Wie oft müssen diese Tätigkeiten pro Tag ausge-**

**Anforderungen/Belastungen ist/war die führt werden? (Annahme 8 h/Tag)**

**Person ausgesetzt?**

1–5% oder 6–33% oder 34–66% oder

bis ca. ½ h ½ bis ca. 3 h 3 bis rund 5¼ h

**Körperlich**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Sitzen | selten | manchmal | oft |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Gehen | selten | manchmal | oft |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Stehen | selten | manchmal | oft |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Heben oder tragen (leicht: 0–10 kg) | selten | manchmal | oft |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Heben oder tragen (mittelschwer: 10–25 kg) | selten | manchmal | oft |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Heben oder tragen (schwer: über 25 kg) | selten | manchmal | oft |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Weitere | selten | manchmal | oft |

**Geistig Die täglichen Anforderungen/Belastungen sind**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Konzentration/Aufmerksamkeit | gross | mittel | klein |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Durchhaltevermögen | gross | mittel | klein |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Sorgfalt | gross | mittel | klein |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Auffassungsvermögen | gross | mittel | klein |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Weiteres | gross | mittel | klein |

**Andere Anforderungen oder Belastungen:**

Bitte geben Sie uns hier weitere berufsspezifische Informationen, die uns ein realistisches Bild der Arbeiten Ihres Mitarbeiters bzw. Ihrer Mitarbeiterin vermitteln können.

|  |
| --- |
|  |

Was könnte Ihr Mitarbeiter bzw. Ihre Mitarbeiterin Ihrer Meinung nach arbeiten?

|  |
| --- |
|  |

**4. Umplatzierungsmöglichkeiten**

Wir möchten die Erwerbsfähigkeit einer versicherten Person wiederherstellen. Und wir wollen sie möglichst weitgehend wieder ins Erwerbsleben eingliedern. Bitte teilen Sie uns deshalb mit:

Kann die versicherte Person in Ihrem Betrieb oder anderswo eingesetzt werden?

ja  nein

Wurden solche Möglichkeiten betriebsintern bereits geprüft?

ja  nein

Sind Sie diesbezüglich an einer Hilfeleistung durch die Fachleute der Invalidenversicherung interessiert?

ja  nein

**5. Lohn**

* **5.1 Aktueller Lohn**

Aktueller AHV-beitragspflichtiger Lohn der versicherten Person (ohne Kost und Logis)

Jahreslohn (in CHF) seit

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

Monatslohn (in CHF) seit

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

Stundenlohn (in CHF)

Grundlohn/ Ferien- Feiertags- 13. Monatslohn/ Stundenlohn

Stunde entschädigung entschädigung Gratifikation total seit (Monat/Jahr)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |

Wird Kost und Logis zusätzlich vergütet?

ja  nein

Wenn ja, CHF

|  |
| --- |
|  |

* **5.2 Arbeitsleistung**

Entspricht der angegebene Lohn der Arbeitsleistung?

ja  nein

Wenn nicht, welcher Lohn entspräche der Arbeitsleistung?

Lohn (in CHF) seit (Jahr/Monat)

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

Falls der Lohn die Arbeitsleistung übersteigt, bitten wir Sie um eine separate ausführliche Begründung über Art und Ausmass der Leistungseinbusse unter Angabe der Daten, seit wann die reduzierte Leistung besteht.

Eine Erklärung zum Soziallohn und Leistungslohn finden Sie im Kapitel 8 „Wichtige Hinweise“

Anteil Leistungslohn (in CHF) Anteil Soziallohn (in CHF)

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

Bemerkungen

|  |
| --- |
|  |

Wie viel würde die versicherte Person heute ohne Gesundheitsschaden in der ursprünglichen Tätigkeit verdienen?

Jahr (in CHF) Monat (in CHF) Stunde (in CHF)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

* **5.3 Lohnzahlungen der letzten 3 Jahre**

AHV-beitragspflichtiger Lohn der letzten 3 Jahre oder der angefragten Zeitperiode

Ohne Ersatzleistungen wie Versicherungstaggelder usw.

Jahr 20      20      20

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Januar |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Februar |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| März |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| April |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Mai |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Juni |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Juli |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| August |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| September |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Oktober |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| November |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Dezember |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 13. Monatslohn |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Gratifikation |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Jahresverdienst |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Arbeits-Std./Jahr |  |  |  |

**6. Lohnersatzleistungen**

* **6.1 Leistungen**

Welche Leistungen bezieht die Mitarbeiterin/der Mitarbeiter bereits?

Lohnfortzahlung

Krankentaggelder

Unfalltaggelder

* **6.2 Unfall- oder Krankentaggeld**

Welche Versicherung entrichtet das Unfall- oder Krankentaggeld?

Name und Adresse des Versicherers

|  |
| --- |
|  |

* **6.3 Vorschussleistungen**

Wurden Vorschussleistungen erbracht?

ja  nein

Fall ja, durch wen? Name und Adresse (Arbeitgeber, Pensionskasse, etc.)

|  |
| --- |
|  |

Wichtige Informationen zur Verrechnung finden Sie im Kapitel 8 „Wichtige Informationen“

* **6.4 Vorsorgeeinrichtung**

Bei welcher Vorsorgeeinrichtung der 2. Säule Ihre Betriebs ist bzw. war die versicherte Person bei Eintritt der Arbeitsunfähigkeit versichert.

Name und Adresse der Vorsorgeeinrichtung

|  |
| --- |
|  |

**7. Absenzen**

* **7.1 Krankheits- und/oder unfallbedingte Absenzen**

Führen Sie Absenzenlisten? In diesem Fall müssen Sie die untenstehende Tabelle nicht ausfüllen. Legen Sie die Listen einfach bei.

Krankheits- und/oder unfallbedingte Absenzen

Bezeichnen Sie die Absenzen mit K = Krankheit/U = Unfall

K/U Jahr vom bis Arbeitsunfähigkeit in %

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |

* **7.2 Unterschrift**

Datum

|  |
| --- |
|  |

Stempel und Unterschrift

|  |
| --- |
|  |

Bemerkungen

|  |
| --- |
|  |

**8. Wichtige Informationen**

**Leistungslohn/Soziallohn**

Menschen mit gesundheitlichen Einschränkungen sind eventuell nicht in der Lage, die geforderte Stunden- oder Tagesleistung zu erbringen. In diesem Fall kann das Unternehmen mit dem/der Betroffenen einen Leistungslohn vereinbaren. In der Praxis sieht das zum Beispiel so aus: Der Arbeitnehmende ist zwar ganztags anwesend, schafft in dieser Zeit jedoch nur die halbe Leistung. Der Vertrag wird deshalb umgestellt – auf Leistungslohn. Das heisst: Die Leistung wird entlöhnt, nicht die Anwesenheit.

Umgekehrt kann das Unternehmen aus sozialer Verantwortung einen Lohn festlegen, der höher ist als die Leistung. In diesem Fall spricht man von einer Soziallohnkomponente im Lohn.

Die Invalidenversicherung möchte die versicherte Person fair beurteilen. Deshalb brauchen wir die Information des Arbeitgebers: Ist der vereinbarte Lohn ein Leistungslohn? Und: Enthält der Lohn eine Sozialkomponente? Wie hoch?

**Taggeld**

In bestimmten Fällen übernimmt die IV berufliche oder medizinische Eingliederungsmassnahmen. Während der Massnahmen erhält die versicherte Person in der Regel ein Taggeld. Zahlt der Arbeitgeber in dieser Zeit weiterhin den Lohn, bekommt er das Taggeld.

**Invalidenrente**

Die versicherte Person erhält nur dann eine Rente, wenn eine ausreichende Wiedereingliederung nicht möglich ist.

**Vorschussleistungen/Verrechung**

Die IV bestimmt den Invaliditätsgrad sehr sorgfältig, die Abklärungen dauern eventuell längere Zeit. Dies kann zu rückwirkenden Rentenzahlungen führen. Zahlt der Arbeitgeber oder dessen Vorsorgeeinrichtung in der Zwischenzeit einen Vorschuss, kann dieser Vorschuss mit der rückwirkenden Rentenzahlung direkt verrechnet werden.

Bitte beachten Sie: Ein Gesuch auf Verrechnung müssen Sie vor der ersten Rentenzahlung schriftlich bei der Ausgleichskasse einreichen.

Bitte verwenden Sie das Formular Verrechnung von Nachzahlungen der AHV/IV. Dieses Formular finden Sie auf der Internetseite Ihrer IV-Stelle. Sie können es auch bei uns bestellen.