

Anfrage Eingliederungspotential



IV-Stelle
Bahnhofplatz 3C
5001 Aarau
Telefon 062 836 81 81
Fax 062 836 84 99
www.sva-ag.ch

Datum:
Zuständig:
Direktwahl:
Versicherten-Nr:

(bitte bei Korrespondenz immer angeben)

Versicherter:

Guten Tag

Der Versicherte absolvierte (Art der Ausbildung) und arbeitet seit
(Datum) an einem geschützten Arbeitsplatz in Ihrer Institution.

Im Rahmen der 6. IV-Revision fördert die Invalidenversicherung die Wiedereingliederung von IV-Rentner/innen in die freie Wirtschaft. Um uns ein Bild über ein allfälliges vorhandenes Wiedereingliederungspotential machen zu können, interessiert uns die weitere Entwicklung des/der Versicherten seit Abschluss der Ausbildung.

Aus diesem Grunde bitten wir Sie um Beantwortung der nachfolgenden Fragen innert 30 Tagen. Die Antworten können Sie direkt im Formular aufführen.

1. Einsatzfähigkeit und Leistung

Bitte nennen Sie die wichtigsten Tätigkeiten des Fachgebietes, in welchem die betreffende Person arbeitet.		Bewerten Sie die Leistung der versicherten Person in Prozent der Leistung einer normalbegabten Person. Kreuzen Sie das zutreffende Feld in jeder Zeile an.									
		10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
1		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Was sind die Gründe und Art der Leistungsminderung?

3. Können nach Ihrem Ermessen die Erwerbsaussichten der betreffenden Person durch weitere berufliche Förderung noch verbessert werden? Falls ja, inwiefern und zu welchem Zeitpunkt?

4. Kann die versicherte Person selbständig arbeiten oder benötigt er/sie eine spezielle Betreuung durch einen Vorgesetzten? Bitte beschreiben Sie einen allfälligen speziellen Betreuungsaufwand.

5. Sofern eine Verbesserung der Arbeitsfähigkeit durch weitere berufliche Massnahmen erreicht werden könnte, welche Anforderungsstufe könnte der Versicherte nach Ihrem Ermessen erreichen?

Kreuzen Sie die entsprechende Ziffer an.	1	2	3	4	5
	Qualifizierte Tätigkeit im 1. Arbeitsmarkt	Hilfstätigkeit im 1. Arbeitsmarkt	Beschützender Arbeitsplatz (Nische) im 1. Arbeitsmarkt	Arbeitsplatz in der geschützten Werkstätte mit höheren Anforderungen	Arbeitsplatz in der geschützten Werkstätte mit niedrigen Anforderungen
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ort, Datum:

Stempel und Unterschrift:

Besten Dank für Ihre Antwort.

Freundliche Grüsse

SVA AARGAU
IV-Stelle