|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | |
| <KON\_IVBE\_Postfach> |  |  |  |
|  |
| Adresse | Versicherten-Nr.: |  |
| Zuständig: |  |
| Direktwahl: |  |
| Datum: |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |  |  |

Fragebogen: Revision der Invalidenrente/Hilflosenentschädigung

<KON\_IVBE\_AdrZ\_li>

<KON\_IVBE\_AdrZ\_re>

Wir überprüfen periodisch, ob sich die für den Bezug von Renten und Hilflosenentschädigungen massgebenden Bedingungen verändert haben. Die Revision soll sicherstellen, dass Sie die Leistungen erhalten, die Ihnen zustehen.

Um zu überprüfen, ob sich die für den Bezug von Renten und Hilflosenentschädigungen massgebenden Bedingungen verändert haben, benötigen wir aktuelle Angaben zu Ihrem Gesundheitszustand und Ihren Einkommensverhältnissen. Wir bitten Sie deshalb, den beiliegenden **Fragebogen ausgefüllt innert   
30 Tagen an uns zurückzusenden**. Sie können das Formular auch auf unserer Website herunterladen (www.ivbe.ch unter Rubrik Service > Formulare). Bitte beachten Sie, dass nur diejenigen Fragen ausgefüllt werden müssen, die für Ihre persönliche Situation relevant sind.

Dank neuer Eingliederungsmassnahmen besteht die Möglichkeit, mit Unterstützung der IV-Stelle den Weg zurück in den Arbeitsmarkt zu versuchen oder ein bestehendes Pensum zu erhöhen. In diesen Fällen profitieren Sie von verschiedenen Schutzbestimmungen, die eine Schlechterstellung vermeiden. So wird beispielsweise während der Durchführung von Eingliederungsmassnahmen die Rente weiterhin ausgerichtet. Sollte sich Ihr Gesundheitszustand innerhalb von 3 Jahren verschlechtern, wird die Rente nach 30 Tagen Arbeitsunfähigkeit wieder ausgerichtet. Bitte vermerken Sie unter Punkt 5 des Fragebogens, falls Sie in einem Gespräch mehr über die Möglichkeiten der Wiedereingliederung erfahren möchten.

Besten Dank für Ihre Mitarbeit.

Freundliche Grüsse

Fragebogen: Revision der Invalidenrente/Hilflosenentschädigung

Personalien

|  |  |
| --- | --- |
| Vorname | Familienname |
|  |  |
| Geburtsdatum (Tag/Monat/Jahr) | AHV-Nummer |
|  |  |
| Zivilstand | Seit |
|  |  |
| Telefonnummer | Mobile |
|  |  |
| E-Mail |  |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Aktueller Aufenthaltsort (falls abweichend vom gesetzlichen Wohnsitz) | |
|  | |
| Postleitzahl, Ort | Strasse, Hausnummer |
|  |  |

1. Gesundheitszustand

Wie hat sich Ihr Gesundheitszustand seit dem letzten Rentenentscheid entwickelt?

ist unverändert  hat sich verschlechtert  hat sich verbessert

Wann ist eine allfällige Veränderung Ihres Gesundheitszustandes eingetreten?

|  |
| --- |
|  |

Wurde eine allfällige Verschlechterung ganz oder teilweise durch eine Drittperson herbeigeführt?

ja  nein

Worin besteht die allfällige Änderung?

|  |
| --- |
|  |

Wie wirken sich Ihre aktuellen gesundheitlichen Beschwerden im Alltag aus?

|  |
| --- |
|  |

Bitte beschreiben Sie uns stichwortartig wie Ihr Tagesablauf aussieht:

|  |
| --- |
|  |

Für die Durchführung der Revision sind wir auf aktuelle medizinische Angaben angewiesen. Bitte teilen Sie uns deshalb mit, bei wem Sie sich derzeit in ärztlicher Behandlung befinden.

Name und Adresse des Hausarztes/der Hausärztin

|  |
| --- |
|  |

Datum der letzten Kontrolle

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

Name und Adresse des Spezialarztes/der Spezialärztin bzw. des Spitals oder Pflegeheims

|  |
| --- |
|  |

Datum der letzten Kontrolle

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

1. Tätigkeit

Hinweis: Wenn Sie lediglich eine Hilflosenentschädigung der Invalidenversicherung beziehen, können Sie direkt zu den Fragen unter Punkt 3 übergehen.

Sind Sie aktuell:

unselbstständig erwerbend  selbstständig erwerbend

im eigenen Haushalt tätig  nicht erwerbstätig

Erfolgte seit dem letzten Rentenentscheid eine berufliche Veränderung aus gesundheitlichen Gründen?

ja  nein

Wenn ja, welche (z.B. Aufnahme oder Aufgabe einer Erwerbstätigkeit, Erhöhung oder Reduktion des Pensums) und auf welchen Zeitpunkt?

|  |
| --- |
|  |

Hinweis:

Die IV-Stelle verlangt bei Ihrem Arbeitgeber Angaben zu Ihrem Arbeitsverhältnis

Wenn Sie einer Erwerbstätigkeit (Voll- oder Teilzeit) nachgehen geben Sie uns bitte  
Name und Adresse Ihrer Arbeitgeber bekannt:

|  |
| --- |
|  |

Können Sie sich vorstellen eine Erwerbstätigkeit aufzunehmen oder das Pensum zu erhöhen?

ja  weiss nicht  nein

Benötigen Sie dabei Unterstützung durch die Invalidenversicherung

ja  nein

Wenn ja, in welcher Form:

|  |
| --- |
|  |

Gehen Sie einer freiwilligen Arbeit nach oder üben Sie politische und/oder öffentliche Mandate aus (auch unentgeltlich)?

ja  nein

Wenn ja, welcher Art?

|  |
| --- |
|  |

Haben Sie in den letzten Jahren einen Kurs, eine Aus- oder Weiterbildung besucht?

ja  nein

Wenn ja welche?

|  |
| --- |
|  |

Erhalten Sie im Moment Geldleistungen einer anderen Versicherung (z.B. Pensionskasse)?

ja  nein

Wenn ja, Name und Adresse der Versicherung

|  |
| --- |
|  |

1. Angaben zur Hilflosigkeit

Halten Sie sich überwiegend in einem Spital, einer Institution, einer Wohngemeinschaft oder einem Heim auf?

ja  nein

|  |  |
| --- | --- |
| Wenn ja, Adresse der Institution | Seit wann? |
|  |  |

Bedürfen Sie trotz Verwendung von Hilfsmitteln für folgende Lebensverrichtungen regelmässig in erheblicher Weise der Hilfe Dritter?

An-/Auskleiden

ja  nein

Aufstehen/Absitzen/Abliegen

ja  nein

Essen

ja  nein

Körperpflege

ja  nein

Verrichtung der Notdurft

ja  nein

Fortbewegung

ja  nein

Pflege gesellschaftlicher Kontakte

ja  nein

Sind Sie auf andauernde Pflege angewiesen?

tagsüber  nachts  nein

Sind Sie auf persönliche Überwachung angewiesen?

tagsüber  nachts  nein

1. Angaben zur lebenspraktischen Begleitung für Erwachsene, die nicht in einem Heim wohnen

Sind Sie wegen gesundheitlicher Beeinträchtigungen dauernd und regelmässig auf eine lebenspraktische Begleitung (d. h. Hilfe im Sinne von Anleitung/Erklärung zur Ermöglichung des selbständigen Wohnens, bei ausserhäuslichen Verrichtungen und Kontakten oder zur Verhinderung einer dauernden Isolation von der Aussenwelt) angewiesen?

ja  nein

Wenn ja, wobei und in welcher Form benötigen Sie die Unterstützung?

|  |
| --- |
|  |

1. Unterschriften/Beilagen

Der/die Unterzeichnete bestätigt, sämtliche Angaben in diesem Formular und den dazugehörenden Anlagen wahrheitsgetreu und vollständig erteilt zu haben.

Datum

|  |
| --- |
|  |

Unterschrift des/der Versicherten oder des Vertreters/der Vertreterin

|  |
| --- |
|  |

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

|  |
| --- |
|  |

Ihre Beilagen und ergänzende Bemerkungen

|  |
| --- |
|  |