

Fragebogen betreffend Erwerbstätigkeit / Haushalt

Empfänger:

Versichertennummer:

Gemäss Randziffer 2048 des Kreisschreibens über das Verfahren in der Invalidenversicherung (KSVI) müssen versicherte Personen und ihre Angehörigen über die für die Anspruchsberechtigungen, die Festsetzung der Leistungen oder die Durchführung des Rückgriffs massgebenden Verhältnisse unentgeltlich Auskunft geben (Art. 28 Abs. 2 ATSG). Im Falle von unwahren oder unvollständigen Auskünften sind die Strafbestimmungen des AHVG anwendbar (Art. 70 IVG i.V. m. Art. 87 AHVG)

1. Gesundheitliche Situation

Schildern Sie uns bitte kurz Ihre gesundheitliche Situation in Bezug auf die Haushaltstätigkeiten (Art der Einschränkung, Auswirkung der Beschwerden etc.)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

2. Erwerbssituation

2.1 Erwerbstätigkeit vor Eintritt des Gesundheitsschadens

In welchem Pensum waren Sie vor Eintritt des Gesundheitsschadens erwerbstätig?%

Bei Teilzeitpensum oder Nichterwerbstätigkeit, wann haben Sie das Pensum reduziert bzw. aufgegeben?

.....

Was war der Grund für die Reduktion bzw. die Aufgabe? (Kinderbetreuung, Haushalt, Hobby, Freizeit)

.....

.....

2.2 Erwerbstätigkeit ohne Gesundheitsschaden

Stellen Sie sich vor, Sie wären vollständig gesund. Würden Sie heute eine ausserhäusliche Erwerbstätigkeit ausüben?

Ja Nein

Wenn ja, in welchem Pensum?%

Sollte sich das angegebene Pensum zum Pensum gemäss Punkt 2.1 (Erwerbstätigkeit vor Eintritt des Gesundheitsschadens) unterscheiden, wie erklärt sich diese Pensums-Differenz?

.....
.....
.....

Seit wann wären Sie (ohne Gesundheitsschaden) in dem genannten Ausmass erwerbstätig?

.....

Sollten Sie betreuungsbedürftige Kinder haben, wie wäre die Kinderbetreuung während Ihrer Erwerbstätigkeit sichergestellt?

.....
.....

2.3 Finanzielle Verhältnisse

Einnahmen	Betrag in Fr. pro Monat	Bemerkungen:
Erwerbseinkommen (netto)
Erwerbseinkommen Ehepartner (netto)
Unterhaltsbeiträge / Alimente
Ersatzeinkommen (Taggeld, Renten, EL)
Sozialhilfebezug seit
Andere Einnahmen (Mietträge usw.)
Kosten		
Wohnungsmiete / Hypothekarzins / NK
Schulden / Hypothek
Krankenkassenprämie

3. Haushaltgrösse

3.1 Mitbewohner/innen

Bitte führen Sie folgende Angaben über sämtliche im gemeinsamen Haushalt lebenden Personen auf:

Name / Vorname	Geb.-Datum	Verwandtschaftsgrad	Erwerbssituation / Pensum
.....
.....
.....
.....
.....

3.2 Wohnverhältnisse

- Einfamilienhaus
 Mehrfamilienhaus / Die Wohnung befindet sich im Stock (Lift vorhanden Ja / Nein)

Wohnfläche in m2: Anzahl Zimmer: Anzahl Etagen Wohnraum:

Seit wann bestehen diese Wohnverhältnisse?

Anbauten

- Balkon(e)
 Terrasse
 Wintergarten
 Sitzplatz

Böden

- Spannteppiche
 Plattenboden
 Parkett / Laminat
 Teppiche

Sanitäre Anlagen

- Anzahl Badewannen:
Anzahl Duschen:
Anzahl WCs:
Anzahl Lavabos:

3.3 Technische Einrichtungen

Küche:

- Geschirrspülmaschine
 Mikrowelle
 Steamer
 Tiefkühlschrank

Wäsche:

- Waschmaschine in Wohnung
 Tumbler in Wohnung
 Waschmaschine im Keller
 Tumbler im Keller

Heizung:

- Holzheizung (Stückholz)
 Holzheizung (Pellets, Schnitzel)
 Cheminée / Schwedenofen
 Andere

3.4 Garten / Umschwung

- Vorhanden / Nicht vorhanden

Fläche des Gartens / Umschwungs in m2:

- | | | |
|------------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> Rasen | <input type="checkbox"/> Wiesen | <input type="checkbox"/> Obstbäume |
| <input type="checkbox"/> Sträucher | <input type="checkbox"/> Teich / Biotop | <input type="checkbox"/> Beerensträucher |
| <input type="checkbox"/> Bäume | <input type="checkbox"/> Pool | <input type="checkbox"/> Gemüsebeete |
| <input type="checkbox"/> Hecken | <input type="checkbox"/> Schrebergarten | <input type="checkbox"/> Blumenrabatten |

3.5 Haustiere

Tierart / Rasse	Anzahl
.....
.....

4. Hilfsmittel im Arbeitsbereich

Wurden im Haushalt Hilfsmittel invaliditätsbedingt angeschafft? Ja Nein

Wenn ja, welche?.....
.....

Können die Einschränkungen im Haushalt allenfalls durch technische Einrichtungen bzw. Hilfsmittel vermindert werden? Ja Nein

Wenn ja, durch welche?.....
.....

5. Mobilität / örtliche Lage

Besitzen Sie einen gültigen Führerausweis? Ja Nein
Haben Sie im Alltag ein Fahrzeug zur Verfügung? Ja Nein
Können Sie gegenwärtig Auto fahren? Ja Nein Mit Einschränkungen

Wenn Sie nicht mehr oder nur noch mit Einschränkungen Auto fahren können, was ist der Grund dafür?
.....
.....
.....

Können Sie andere Fortbewegungsmittel benützen (Velo, Elektrovelo, Mofa, Elektromobil usw.)?
.....
.....
.....

Sind Sie bei der Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel eingeschränkt? Ja Nein
Wenn ja, aus welchem Grund?
Distanz zur nächsten Einkaufsmöglichkeit:
Distanz zur nächsten Bus- oder Bahnhaltestelle:

6. Einschränkungen im Haushalt

Welche Tätigkeiten können heute, im Vergleich zur Situation vor Eintritt des Gesundheitsschadens, nicht mehr oder nur noch eingeschränkt ausgeübt werden?

6.1 Ernährung

	Keine Einschränkung / etappenweise möglich	Teilweise möglich	Nicht mehr möglich	Wer leistet die Hilfe und wie oft?
Kochen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rüsten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pfannen heben/anrichten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tisch decken / abräumen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abwaschen / abtrocknen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geschirrspülmaschine ein- und ausräumen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alltägliche Küchenreinigung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vorrat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Erläuterungen zu den Einschränkungen:

6.2 Wohnungs- und Hauspflege sowie Haustierhaltung

	Keine Einschränkung / etappenweise möglich	Teilweise möglich	Nicht mehr möglich	Wer leistet die Hilfe und wie oft?
Aufräumen / abstauben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Staubsaugen / Bodenpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reinigung sanitärer Anlagen (Bad, Dusche, WC)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reinigung Fenster	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gründliche Reinigung Wohnung und Küche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bettwäsche wechseln	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tägliches Betten machen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pflanzen-, Garten- und Umgebungspflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abfallentsorgung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haustierhaltung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Erläuterungen zu den Einschränkungen:

6.3 Einkauf und weitere Besorgungen

	Keine Einschränkung / etappenweise möglich	Teilweise möglich	Nicht mehr möglich	Wer leistet die Hilfe und wie oft?
Kleinere Einkäufe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grosseinkauf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kleidereinkauf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einfache Administration / Finanzen (Zahlungen usw.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Erläuterungen zu den Einschränkungen:

6.4 Wäsche und Kleiderpflege

	Keine Einschränkung / etappenweise möglich	Teilweise möglich	Nicht mehr möglich	Wer leistet die Hilfe und wie oft?
Wäschekorb tragen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wäsche einfüllen / rausnehmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wäsche aufhängen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bügeln	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wäsche zusammenlegen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wäsche versorgen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Flickarbeiten / Schuhe putzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Erläuterungen zu den Einschränkungen:

6.5 Pflege und Betreuung von Kindern und/oder Angehörigen*

Zum Beispiel Pflege von Kleinkindern, Hilfe bei Schulaufgaben, Aktivitäten im/ausser Haus, Begleitung zu Anlässen, Pflege von Eltern und anderen Angehörigen.

Bitte beschreiben Sie die Einschränkungen möglichst detailliert.

.....

.....

.....

.....

* Zum Kreis der Angehörigen gehört diejenige Person, mit der die versicherte Person verheiratet ist, in eingetragener Partnerschaft lebt oder eine faktische Lebensgemeinschaft führt (Lebenspartnerin oder Lebenspartner). Zudem zählen Personen, mit denen die versicherte Person oder deren Ehegatte / Lebenspartner in gerader Linie verwandt ist, sowie Pflegekinder, die in der Familie aufgenommen wurden, als Angehörige.

7. Fremdhilfe

Werden Haushaltstätigkeiten durch aussenstehende Personen verrichtet, d.h. Personen welche nicht im gemeinsamen Haushalt leben? Wenn ja, durch wen? (z.B. Nachbarn, Reinigungshilfe, Bekannte usw.)

Name / Adresse

Seit wann?

Wie oft?

.....
.....
.....

.....
.....
.....

.....
.....
.....

8. Unterschrift / Erreichbarkeit

Ort, Datum

Unterschrift der versicherten Person

.....

.....

Tel.-Nr. Festnetz

.....

Tel.-Nr. Mobiltelefon

.....