**IIZ-Koordinationsstelle**

 (Merkblatt FA-1)

***Fragen für die IIZ-Anmeldung***

**Stammdaten (Personalien)**

|  |  |
| --- | --- |
| Anrede | Frau/Herr |
| Nachname |  |
| Vorname |  |
| Adresse |  |
| PLZ |  |
| Ort |  |
| Telefon |  |
| Mobiletelefon |  |
| E-Mail |  |
| AHV-Nummer |  |
| NNSS (neue AHV-Nr.) |  |
| Geburtsdatum |  |
| Geschlecht |  |
| Staatszugehörigkeit |  |
| Aufenthaltstatus |  |
| Zivilstand |  |
| Lebensform |  |
| Anzahl Kinder + Alter |  |
|  |  |
| Zuweisende Institution |  |
| Name der Fachperson |  |
| Seit wann ist die Personin der Institution gemeldet? |  |
| Grund der Anmeldung bei der Institution |  |
| Erwartung der anmeldenden Institution an IIZ |  |
| Potenzial/Ressourcen für einen IIZ-Prozess im Hinblick auf die berufliche Integration (aus Sicht der anmeldenden Fachperson) |  |

**Soziale Situation**

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| Präzisierung der sozialen und persönlichen Situation |  |
| Betreuungsaufgaben ja/nein, welche? |  |
| Wohnsituation |  |
| Unterstützung durch FreundeBekannte/Vereine (soziales Netz) |  |
| Bemerkungen (z.B. weitereAusführungen zur Problemlage/oder Ressourcen) |  |
| **Massnahmen Sozialhilfe:** |  |
| Bereits durchgeführte Massnahmen |  |
| Eingeleitete oder geplante Massnahmen |  |
| Abgebrochene Massnahmen |  |
| Grund des Abbruches |  |
| Weitere Bemerkungen |  |

**Medizinische Situation**

|  |  |
| --- | --- |
| Einschätzung der gesundheitlichen Situation aus*Sicht der anmeldenden Institution* |  |
|  |  |
| Gesundheitszustand Präzisierung / *Ergänzungen durch andere Institutionen:* |  |
|  |  |
| **Fakten IV:** |  |
| Anmeldedatum bei der IV Luzern |  |
| IV-Anmeldung veranlasst durch (z.B. Hausarzt) |  |
| Ziel der Anmeldung (Rente / berufl. M. ) |  |
| Grund für die IV-Anmeldung gemäss IV-Anmeldeformular(Behinderung/Diagnose?) |  |
| Behinderung/Diagnose aus Sicht IV |  |
| IV-Grad |  |
| Aktuelle AUF in % aus Sicht IV |  |
| Leistungsfähigkeit in der Tätigkeit als: |  |
| Leistungsfähigkeit in % aus Sicht IV |  |
| Ergonomische oder andere Vorgaben an eine angepasste Tätigkeit |  |
| **Massnahmen IV:** |  |
| Bereits durchgeführte Massnahmen |  |
| Eingeleitete/laufende Massnahmen |  |
| Geplante Massnahmen |  |
| Abgebrochene Massnahmen |  |
| Grund des Abbruchs |  |
| Weitere Bemerkungen |  |

**Finanzielle Situation**

|  |  |
| --- | --- |
| Brutto-Lohn in CHF |  |
| Kranken-Taggelder | Ja/nein | Seit wann |
| Unfall-Taggelder | Ja/nein | Seit wann |
| ALV-Taggelder | Ja/nein | Seit wann |
| IV-Rente | Ja/nein | Rentenhöhe |
| IV-Taggelder | Ja/nein | Seit wann |
| Unfall-Rente | Ja/nein | Rentenhöhe |
| Sozialhilfe | Ja/nein | Seit wann |
| Kein Einkommen | Ja/nein |
| Schulden | Ja/nein |
| Anderes: (z.B. Einkommen aus Zinsen, Vermögen, Alimente) |  |

**Ausbildung**

|  |  |
| --- | --- |
| Deutschkenntnisse mündlich |  |
| Deutschkenntnisse schriftlich |  |
| Deutschkenntnisse verstehen |  |
| Muttersprache |  |
| Weitere Sprachen |  |
| Erlernter Beruf |  |
| Art der höchsten abgeschlossenen Ausbildung |  |
| Weiterbildungen |  |
| Besondere Kenntnisse (z.B. EDV) |  |

**Berufliche Situation**

|  |  |
| --- | --- |
| Letzte Stelle (Name des Betriebs) |  |
| Art des Betriebes (z.B. Gärtnerei, Versandhaus etc.) |  |
| Art der Tätigkeit und der Funktion |  |
| Erwerbstätigkeit in Prozent (Pensum) |  |
| Dauer letzte Arbeitsstelle (Datum von/bis) |  |
| Häufigkeit der Absenzen an der letzten Arbeitsstelle |  |
| Gründe der Absenzen |  |
| Anzahl Stellenwechsel in den letzten 5 Jahren |  |
| Gründe des/der Stellenwechsel |  |
| Fahrzeug vorhanden ja/nein |  |
| Führerausweis vorhanden ja/nein |  |
|  |  |
| **Fakten RAV:** |  |
| Anmeldedatum beim RAV …. (welches?) |  |
| Erwerbslos seit |  |
| Anzahl Rahmenfristen bisher |  |
| Aktuelle Rahmenfrist (von/bis) |  |
| Taggeldanspruch in Fr.  |  |
| Resttaggelder bis zur Aussteuerung |  |
| Versicherter Verdienst in CHF |  |
| Vermittelbares Pensum in % |  |
| **Massnahmen RAV:** |  |
| Bereits durchgeführte Massnahmen |  |
| Eingeleitete / laufende Massnahmen |  |
| Geplante Massnahmen |  |
| Abgebrochene Massnahmen |  |
| Grund des Abbruches |  |
| Weitere Bemerkungen |  |

**Involvierte Institutionen / Fachstellen**

|  |  |
| --- | --- |
| **Involvierte Institutionen (RAV, IV, SH):** |  |
| Name der Institution |  |
| Zuständige Person |  |
| Telefon Nr. |  |
| Email |  |
|  |  |
| Name der Institution |  |
| Zuständige Person |  |
| Telefon Nr. |  |
| Email |  |
|  |  |
| Name der Institution |  |
| Zuständige Person |  |
| Telefon Nr. |  |
| Email |  |
|  |  |
| **Weitere involvierte Fachstellen oder Fachpersonen:** |  |
| Name der Fachstelle |  |
| Zuständige Fachperson |  |
| Telefon Nr. |  |
| Email |  |
| Teilnahme am IIZS erwünscht | Ja/nein |