

Revision der Invalidenrente



Invalidenversicherung
Bahnhofplatz 3C
5001 Aarau
www.sva-ag.ch

Datum:

Zuständig:

Telefon:

Versicherten-Nr:

(bitte bei Korrespondenz immer angeben)

Guten Tag

Wir überprüfen periodisch, ob sich die für den Bezug der Invalidenrente massgebenden Bedingungen verändert haben. Die Revision soll sicherstellen, dass Sie jene Leistungen erhalten, welche Ihnen zustehen.

Um zu überprüfen, ob eine massgebende Veränderung eingetreten ist, benötigen wir aktuelle Angaben zu Ihrem Gesundheitszustand und Ihren Einkommensverhältnissen. Wir bitten Sie deshalb, uns den beiliegenden Fragebogen **innert 20 Tagen** ausgefüllt und unterschrieben zurück zu senden.

Sie können das Formular auch auf unserer Webseite herunterladen (www.sva-ag.ch unter Downloads).

Freundliche Grüsse

SVA AARGAU
IV-Stelle
Geldleistungen

Fragebogen: Revision der Invalidenrente

1. Personalien

Name	Vornamen
Geburtsdatum (Tag/Monat/Jahr)	Versichertennummer (AHV 13-stellig, beginnend mit 756)
Zivilstand	seit
Jahrgänge der Kinder	
Telefonnummer	E-Mail
Aktueller Aufenthaltsort (falls abweichend vom gesetzlichen Wohnsitz)	
Postleitzahl, Ort	Strasse, Hausnummer

2. Angaben zum Gesundheitszustand

> 2.1 Aktueller Gesundheitszustand

Ist Ihr Gesundheitszustand gleich geblieben?

ja nein

Hat sich Ihr Gesundheitszustand

verbessert verschlechtert

Seit wann?

Worin besteht die allfällige Änderung?

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

ja nein

> 2.2 Arzt, Spital oder Pflegeheim

Bei wem stehen Sie in ärztlicher Behandlung? (Für die Durchführung der Revision sind wir auf aktuelle medizinische Angaben angewiesen)

Name und Adresse

Fachrichtung

Für welche Leiden?

In Behandlung seit (Tag/Monat/Jahr)

Datum der letzten Kontrolle (Tag/Monat/Jahr)

Name und Adresse

Fachrichtung

Für welche Leiden?

In Behandlung seit (Tag/Monat/Jahr)

Datum der letzten Kontrolle (Tag/Monat/Jahr)

> **2.3 Dritthilfe**

Sind Sie zur Erledigung der alltäglichen Lebensverrichtungen (An- Auskleiden/Aufstehen/Absitzen/Abliegen/ Essen/Körperpflege/Verrichtung der Notdurft/Fortbewegung/Pflege gesellschaftlicher Kontakte) auf die Hilfe von Dritten angewiesen oder ist Hilfe bei der Alltagsstrukturierung nötig?

ja nein

In welchen Bereichen und seit wann?

3. Angaben zur Tätigkeit

> **3.1 Form der Tätigkeit**

Sind Sie

unselbstständig erwerbend selbstständig erwerbend
 im eigenen Haushalt tätig nicht erwerbstätig

Unselbständigerwerbende (ganz- oder teilzeitbeschäftigt)

Name und Adresse Ihrer Arbeitgeber

Hinweis: Die IV-Stelle verlangt bei Ihrem Arbeitgeber Angaben zu Ihrem Arbeitsverhältnis.

Selbständigerwerbende

Wie hoch war Ihr Einkommen in den letzten drei Kalenderjahren?

Jahr CHF

Jahr CHF

Jahr CHF

Bitte legen Sie diesem Fragebogen die Buchhaltungsunterlagen bei.

> **3.2 Freiwilligenarbeit**

Gehen Sie einer freiwilligen Arbeit nach (auch unentgeltlich)?

ja nein

Welcher?

Üben Sie politische und/oder öffentliche Mandate aus (auch unentgeltlich)?

ja nein

Welche?

> **3.3 Arbeitszeit**

Falls sich seit der Zusprache/letzten Überprüfung Ihr Gesundheitszustand geändert hat:

Vor Änderung des Gesundheitszustandes

Stunden pro Tag | Stunden pro Woche

Nach Änderung des Gesundheitszustandes

Stunden pro Tag | Stunden pro Woche

Seit

> **3.4 Berufliche Veränderung**

Erfolgte seit Zusprechung der Rente/seit der letzten Revision eine berufliche Veränderung aus gesundheitlichen Gründen?

ja nein

Welche?

> **3.5 Leistungen der 2. Säule**

Erhalten Sie Leistungen von einer Institution der 2. Säule (Pensionskasse, Personalvorsorgestiftung etc.)?

Name und Adresse der Vorsorgeeinrichtung

4. Ermächtigung zur Erteilung von Auskünften

Mit der Unterzeichnung dieses Formulars ermächtigt die versicherte Person oder ihr/e Vertreter/in die in diesem Fragebogen erwähnten Personen und Stellen, den Organen der Invalidenversicherung alle Auskünfte zu erteilen und alle Unterlagen zur Verfügung zu stellen, die für die Abklärung von Leistungs- und Regressansprüchen erforderlich sind. Diese Personen und Stellen sind zur Auskunft verpflichtet. Diese Ermächtigung berechtigt die IV-Stelle ebenfalls, die in die Eingliederung involvierten Stellen (behandelnde Ärzte, Arbeitgeber, Institutionen) soweit notwendig zu informieren.

5. Unterschrift/Beilagen

Sind Sie damit einverstanden, dass bei einem Arztwechsel unsere medizinischen Unterlagen dem neuen **Arzt/Ärztin** zugestellt werden können?

ja nein

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
