

Zustimmung – Fallführung durch die IV-Stelle Glarus

Hiermit stimme ich als versicherte Person, als gesetzliche Vertreterin oder Vertreter bei minderjährigen Personen, der Fallführung durch die IV-Stelle Glarus gemäss den gesetzlichen Grundlagen zu.

Die Fallführung hat zum Ziel, versicherte Personen in Zusammenarbeit mit allen beteiligten Akteuren koordiniert und auf ihre gesundheitliche Situation abgestimmt zu unterstützen, und mit einfachen und zweckmässigen Leistungen der IV soweit möglich deren Eingliederungspotenzial und damit die Erwerbsfähigkeit zu verbessern.

Die Begleitung der versicherten Person ist insbesondere an den Übergängen, die sie im Lebensverlauf bzw. im Verlauf des IV-Verfahrens zu bewältigen hat (etwa der Übergang Schule - Ausbildung bzw. Ausbildung – Erwerbsleben), entscheidend. Wichtig ist dabei die Koordination und Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Bereichen innerhalb der IV-Stelle und zwischen der IV-Stelle und externen Akteuren.

Die rechtlichen Grundlagen zur Fallführung leiten sich aus folgenden Artikeln des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) ab: 8 Abs. 1bis, 8 Abs. 1ter, 8a, 14quater, 28 Abs. 1bis, 49 sowie 57 Abs. 1 Bst. a – h und m IVG. In der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) wird die Fallführung in Art. 41a IVV konkretisiert.

Da die Fallführung das gesamte Verfahren der IV betrifft, sind folgende Kreisschreiben (KS) relevant:

- Kreisschreiben zur Fallführung in der Invalidenversicherung (KSFF)
- Kreisschreiben über das Verfahren in der Invalidenversicherung (KSVI)
- Kreisschreiben über die medizinischen Eingliederungsmassnahmen in der Invalidenversicherung (KSME)
- Kreisschreiben über die beruflichen Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung (KSBEM)
- Kreisschreiben über Invalidität und Rente in der Invalidenversicherung (KSIR)

Diese Vollmacht gilt für IV-Leistungen und ist bis zu ihrem schriftlichen Widerruf gültig längstens bis zum Abschluss des IV-Gesuchs). Abweichende gesetzliche Bestimmungen vorbehalten, erlischt sie nicht mit meinem Ableben, der Verschollenerklärung, dem Verlust meiner Handlungsfähigkeit oder mit meinem Konkurs.

Die Zustimmung ist eigenhändig zu unterschreiben. Ist eine Unterschrift aus gesundheitlichen Gründen nicht möglich, muss ein entsprechendes Arztzeugnis beigelegt werden.

Personalien versicherte Person und Unterschrift (Vollmachtgeberin, Vollmachtgeber)

Familienname		Vorname	
Versicherten-Nr. (AHV-Nr.)	756.	Geburtsdatum	
Adresse (Strasse, Haus-Nr.)		PLZ, Ort	
Telefonnummer		E-Mail -Adresse	
Datum		Unterschrift	

Bei minderjährigen Versicherten bitte um Angaben über die gesetzliche Vertretung (nachfolgende Angaben beziehen sich nur auf die gesetzliche Vertretung und sind vollständig und wahrheitsgetreu durch die gesetzliche Vertretung auszufüllen)

Sorgerechthaber/r Eltern / Elternteil

Beistand

Gesetzliche Vertretung

Versicherten-Nr. (AHV-Nr.)

756.

Geburtsdatum

Familienname (auch Name als ledige Person)

Vorname (alle Vornamen, den Rufnamen bitte in Grossbuchstaben)

Die gesetzliche Vertretung der vorgenannten versicherten Person erklärt sich mit ihrer Unterschrift auf diesem Formular mit der eingeräumten Vollmacht für den Vollmachtnehmer ausdrücklich einverstanden. Die gesetzliche Vertretung bestätigt mit ihrer Unterschrift sodann, die Angaben vollständig und wahrheitsgetreu gemacht zu haben. Die gesetzliche Vertretung nimmt zur Kenntnis, dass unwahre und unvollständige Angaben zu Rückerstattungen unrechtmässig bezogener Leistungen führen und derartige Angaben auch die Strafbarkeit gemäss Art. 148a StGB auslösen können.