**Antrag zur Aufnahme einer Person ohne IV-Rente (ATSG, U18, IV-Rente pendent)**

Stand: 27.07.2021 / manuell

Einrichtung: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Kontaktperson: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 E-Mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Aufzunehmende Person**

Name, Vorname \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

IVSE Wohnsitz (Adresse) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sozialversicherungsnummer \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nationalität \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Art der Beeinträchtigung \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Leistungen**

gewünschter Eintritt (Datum): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

[ ]  Wohnen

[ ]  Wohnen Entlastung \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tage (Anzahl Tage)

[ ]  Tagesstruktur ohne Lohn \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tage pro Woche (Anzahl Tage)

[ ]  Tagesstruktur ohne Lohn Entlastung \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tage pro Woche (Anzahl Tage)

[ ]  Tagesstruktur mit Lohn \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tage pro Woche (Anzahl Tage)

**Situation vor Eintritt (Mehrfachnennungen sind möglich)**

[ ]  wohnt bei Eltern / Verwandten / privat

[ ]  wohnt in einer Einrichtung

 Einrichtung: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

[ ]  nimmt an einer Tagesstruktur teil

 Einrichtung: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 [ ]  Tagesstruktur mit Lohn \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tage pro Woche (Anzahl Tage)

 [ ]  Tagesstruktur ohne Lohn \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tage pro Woche (Anzahl Tage)

[ ]  IV-Massnahme

 [ ]  PrA (praktische Ausbildung) von \_\_\_\_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_\_\_\_ Betrieb: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 [ ]  andere Art der Massnahme: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 von \_\_\_\_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_\_\_\_ Betrieb: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

[ ]  Schule

 [ ]  Regelschule von \_\_\_\_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_\_\_\_ Schule, Ort: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 [ ]  Sonderschule von \_\_\_\_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_\_\_\_ Schule, Ort: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Weitere Angaben**

[ ]  Beeinträchtigung entstanden durch Unfall Unfall vom: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Datum)

[ ]  Beeinträchtigung entstanden durch Krankheit Krankheitsbeginn: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Datum)

[ ]  Geburtsgebrechen Beschreibung der Geburtsgebrechen\*

[ ]  IV-Anmeldung erfolgt wenn ja, wann? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Datum)

[ ]  Invalid nach ATSG Bestätigung der Invalidität beilegen

**\*Beschreibung der Beeinträchtigung / Bemerkungen**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Ort, Datum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Bitte reichen Sie diesen Antrag zusammen mit der* ***Vollmacht*** *zuhanden der Sozialversicherungen und der* ***Verfügung für die Hilflosenentschädigung*** *ein an: Sozialamt des Kantons Thurgau, Promenadenstrasse 16, 8510 Frauenfeld oder per ASBB Mitteilung.*