**Anmeldung für Teilnahme am Assistenzbudget Thurgau (ABTG)**

Stand: 21.04.2020

**1. Angaben zur Person**

Geschlecht: [ ]  weiblich [ ]  männlich

Name: Name Ledigname: Ledigname

Vorname: Vorname

Geburtsdatum: Geburtsdatum Sozialversicherungs-Nr.: Sozialversicherungs-Nr.

Zivilstand: [ ]  ledig [ ]  verheiratet [ ]  geschieden [ ]  verwitwet [ ]  in eingetragener Partnerschaft [ ]  aufgelöste Partnerschaft

**2. Zivilrechtliche Wohnsitzadresse**

Strasse + Nr.: Strasse + Nr. PLZ Ort: PLZ Ort

Telefon: Telefon E-Mail: E-Mail

**3. Gesetzliche Vertretung** falls vorhanden 🡪 bitte Vollmacht beilegen

Name: Name Vorname: Vorname

Strasse + Nr.: Strasse + Nr. PLZ Ort: PLZ Ort

Telefon: Telefon E-Mail: E-Mail seit: Datum

**4. Wohnform**

[ ]  Heim Name: Heimname Strasse + Nr.: Strasse + Nr. PLZ Ort: PLZ Ort

[ ]  Privatwohnung [ ]  zusammen mit: Wohnpartner

**5. Beeinträchtigung** alles Zutreffende ankreuzen

Diagnose: Diagnose

[ ]  geistige Beeinträchtigung [ ]  körperliche Beeinträchtigung [ ]  neurologische Beeinträchtigung [ ]  andere Beeinträchtigung

Betreuungsbedarf: Betreuungsbedarf

**6. Invalidenrente**

**IV** [ ]  ja 🡪 bitte Kopie der Verfügung diesem Anmeldeformular beilegen Invaliditätsgrad: IV-Grad in %

 [ ]  voraussichtlich ab Datum

 [ ]  nein

**Unfallversicherung** [ ]  ja 🡪 bitte Kopie der Verfügung diesem Anmeldeformular beilegen Invaliditätsgrad: IV-Grad in % Name Unfallvers.: Name Unfallvers.

 [ ]  voraussichtlich ab Datum

 [ ]  nein

**Militärversicherung** [ ]  ja 🡪 bitte Kopie der Verfügung diesem Anmeldeformular beilegen Invaliditätsgrad: IV-Grad in %

 [ ]  voraussichtlich ab Datum

 [ ]  nein

**7. Hilflosenentschädigung**

[ ]  keine [ ]  leicht [ ]  mittel [ ]  schwer seit: Datum 🡪 bitte Kopie der Verfügung diesem Anmeldeformular beilegen

Erhalt der Hilflosenentschädigung von [ ]  Invalidenversicherung [ ]  Unfallversicherung [ ]  Militärversicherung

**8. Assistenzbeitrag der Invalidenversicherung (AB-IV)**

Erhalten Sie einen AB-IV? [ ]  nein [ ]  ja, seit: Datum 🡪 bitte Kopie der Verfügung diesem Anmeldeformular beilegen

Haben Sie einen Antrag auf einen AB-IV bereits gestellt? [ ]  nein [ ]  ja, wann: Datum

Falls Sie einen negativen Entscheid der IV-Stelle des Sozialversicherungszentrums erhalten haben, bitte eine Kopie davon diesem Anmeldeformular beilegen 🡪 [ ]  liegt bei.

**9. Motivation**

Warum möchten Sie ein Assistenzbudget erhalten resp. was möchten Sie damit an Ihrer Situation verändern? alles Zutreffende ankreuzen

[ ]  aus dem Heim austreten [ ]  einen Heimeintritt vermeiden [ ]  Angehörige entlasten

[ ]  mehr Unterstützung erhalten [ ]  im Arbeitsmarkt tätig sein [ ]  anderes: Begründung

[ ]  eine Berufsausbildung auf dem regulären Arbeitsmarkt absolvieren [ ]  eine Ausbildung auf der Sekundarstufe II oder Tertiärstufe absolvieren

**10. Vollmacht**

Mit der Unterzeichnung dieser Anmeldung ermächtigt die Gesuchstellerin resp. der Gesuchsteller oder deren/dessen gesetzliche Vertretung alle in Betracht fallenden Personen und Stellen (namentlich die zuständigen Stellen der Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung, Ärztinnen/Ärzte, medizinische Hilfspersonen, Spitäler, Krankenkassen, Arbeitgebende, Amtsstellen, Assistenzbüro ABü sowie private Sozialhilfeeinrichtungen), die für die Abklärung des Anspruchs und die Prüfung der Leistungsberechtigung der Gesuchstellerin / des Gesuchstellers involviert werden, die erforderlichen Informationen einzuholen resp. zu erteilen.

**11. Unterschrift**

Die Gesuchstellerin / der Gesuchsteller bestätigt, sämtliche Angaben wahrheitsgetreu und vollständig deklariert zu haben.

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

Ort, Datum Unterschrift Gesuchstellerin / Gesuchsteller / gesetzliche Vertretung

**Bitte senden Sie dieses Anmeldeformular zusammen mit den entsprechenden Beilagen (Vollmacht, Verfügungen IV-Rente und/oder Hilflosenentschädigung**

**und/oder Assistenzbeitrag IV) per Post an:**

Sozialamt des Kantons Thurgau

Soziale Einrichtungen

Frau Helene Gretsch

Promenadenstrasse 16

8510 Frauenfeld

**oder per E-Mail inkl. allen Beilagen an:** helene.gretsch@tg.ch

**Bei Fragen steht Ihnen gerne zur Verfügung:** Frau Helene Gretsch, Tel. 058 345 60 22