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

Stand: 29.11.2024

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Angaben zur Person** | | | | | | |
| Name: Name | | Vorname: Vorname | |  |  |  |
| Geburtsdatum: Geburtsdatum | | Sozialversicherungs-Nr.: Sozialversicherungs-Nr. | | | | |
| Geschlecht: | weiblich | männlich |  |  |  |  |
| Zivilstand: | ledig | verheiratet | geschieden | verwitwet | eingetragene Partnerschaft | aufgelöste  Partnerschaft |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Gesetzliche Vertretung** (falls vorhanden, bitte Vollmacht beilegen) | | | | | | | | | | | |
| Name: Name | | | | Vorname: Vorname | | | | seit: Datum | | |  |
| Strasse + Nr.: Strasse + Nr. | | | | PLZ + Ort: PLZ + Ort | | | | | | | |
|  | |  | |  | |  | |  | |  |  |
| **Zivilrechtliche Wohnsitzadresse** | | | | | | | | | | | |
| Strasse + Nr.: Strasse + Nr. | | | | PLZ + Ort: PLZ + Ort | | | | seit: Datum | | |  |
| Telefon: Telefon | | | | E-Mail: E-Mail | | | | | | | |
|  | |  | |  | |  | |  | |  |  |
| **Aktuelle Wohnsituation** | | | | | | | | | | | |
| Privatwohnung | | alleine | | zusammen mit: Mitbewohnende | | | | | | | |
| Wohnheim | | Name der Institution: Name der Institution | | | | Strasse + Nr.: Strasse + Nr. | | | | PLZ + Ort: PLZ + Ort | |
|  | | | | | | | | | | | |
| **Art der Behinderung** | | | | | | | | | | | |
| Körperliche Behinderung | Kognitive Behinderung | | Psychische Behinderung | Hirnverletzung | Autismus-Spektrum-Störung | | komplexe  Mehrfachbehinderung | | andere: Art der Behinderung | | |
| Diagnose: Diagnose  Betreuungsbedarf: Betreuungsbedarf | | | | | | | | | | | |

**Aktuelle Sozialversicherungsleistungen**

***Rente*** (bitte Kopien der aktuellen Verfügung beilegen)

ja Invaliditätsgrad: IV-Grad in %  voraussichtlich ab Datum  nein

Erhalt der Rente durch:  Invalidenversicherung  Unfallversicherung, Name der Unfallversicherung: Name Unfallvers.  Militärversicherung

***Hilflosenentschädigung*** (bitte Kopien der aktuellen Verfügung beilegen)

keine  leicht  mittel  schwer seit: Datum

***Assistenzbeitrag der Invalidenversicherung (AB-IV)*** ((bitte Kopien der aktuellen Verfügung oder Ablehnung beilegen)

ja, seit: Datum  nein, nicht anspruchsberechtigt  nein, Antrag wurde abgelehnt

**Unterstützungsbedarf**

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: mein Bedarf

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

**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 sowie private Sozialhilfeeinrichtungen), die für die Abklärung des Anspruchs; die Prüfung der Leistungsberechtigung der Gesuchstellerin / des Gesuchstellers sowie die Überprüfung der Subsidiarität bei Leistungsbezug involviert werden, die erforderlichen Informationen einzuholen resp. zu erteilen (Akteneinsicht; Auskunft erteilen).

**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 per Post an:**  Sozialamt des Kantons Thurgau  Soziale Angebote  Promenadenstrasse 16  8510 Frauenfeld  oder per E-Mail inkl. allen Beilagen an:  [kostengutsprachen-ivse.soa@tg.ch](mailto:kostengutsprachen-ivse.soa@tg.ch)  Bei Fragen steht wir Ihnen gerne zur Verfügung: 058 345 68 20 | **Beilagen:**  Verfügung IV-Rente  Verfügung Hilflosenentschädigung  Verfügung Assistenzbeitrag der Invalidenversicherung  Ablehnung Assistenzbeitrag der Invalidenversicherung  Vollmacht gesetzliche Vertretung, sofern vorhanden |