**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 | [ ]  aufgelöstePartnerschaft |

|  |
| --- |
| **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: DiagnoseBetreuungsbedarf: 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 ThurgauSoziale AngebotePromenadenstrasse 168510 Frauenfeldoder per E-Mail inkl. allen Beilagen an: kostengutsprachen-ivse.soa@tg.chBei 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 |