**Gesuch um ein kantonales Assistenzbudget Appenzell Ausserrhoden (ABAR)**

Stand: 1. Mai 2023

**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 Ernennungsurkunde der gesetzlichen Vertretung 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 der IV, UV, MV**

**IV** ☐ ja  bitte Kopie der Verfügung diesem Gesuchsformular beilegen Invaliditätsgrad: IV-Grad in %

☐ voraussichtlich ab Datum

☐ nein

**Unfallversicherung** ☐ ja  bitte Kopie der Verfügung diesem Gesuchsformular beilegen Invaliditätsgrad: IV-Grad in % Name Unfallvers.: Name Unfallvers.

☐ voraussichtlich ab Datum

☐ nein

**Militärversicherung** ☐ ja  bitte Kopie der Verfügung diesem Gesuchsformular beilegen Invaliditätsgrad: IV-Grad in %

☐ voraussichtlich ab Datum

☐ nein

**7. Hilflosenentschädigung**

☐ keine ☐ leicht ☐ mittel ☐ schwer seit: Datum  bitte Kopie der Verfügung diesem Gesuchsformular 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 Gesuchsformular 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 Gesuchsformular 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 dieses Gesuchs 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 Gesuch zusammen mit den entsprechenden Beilagen (Ernennungsurkunde der gesetzlichen Vertretung, Verfügungen IV-Rente und/oder Hilflosenentschädigung und/oder Assistenzbeitrag IV) per Post an:**

Kanton Appenzell Ausserrhoden

Departement Gesundheit und Soziales

Amt für Soziales

Abteilung Soziale Einrichtungen

Kasernenstrasse 17

9102 Herisau

**oder per E-Mail inkl. allen Beilagen an:** [esther.murer@ar.ch](javascript:linkTo_UnCryptMailto('nbjmup+ftuifs%5c/nvsfsAbs%5c/di');)

**Bei Fragen steht Ihnen gerne zur Verfügung:** Esther Murer, Fachspezialistin Abteilung Soziale Einrichtungen, Tel. +41 71 353 66 39