**Meldeformular bei Unterbrechung der abgestimmten Leistung gemäß § 9 Abs. 3, bzw. § 20 Abs. 2 des Landesrahmenvertrages des Freistaates Thüringen nach § 131 Abs. 1 SGB IX**

Örtlicher Träger der Eingliederungshilfe

Anschrift

Telefonnummer:

E-Mail:

Leistungserbringer/Stempel/Adresse/

**Abwesenheitsmitteilung nach § 9 Abs. 3, bzw. § 20 Abs. 2 des Landesrahmenvertrages des Freistaates Thüringen nach § 131 Abs. 1 SGB IX**

*Erfolgt eine Unterbrechung der abgestimmten Leistung für mehr als 14 zusammenhängende Tage, soll im Einzelfall die Leistung für die weitere Unterbrechung neu bemessen werden. Wird die notwendige, vereinbarte Leistung in anderer Form in vergleichbarem Umfang weiterhin erbracht, so wird von einer Veränderung der prospektiv vereinbarten Leistung abgesehen. In jedem Einzelfall hat nach der Überschreitung der 14-Tage-Frist eine schriftliche Meldung durch den Leistungserbringer innerhalb von drei Arbeitstagen an den örtlichen Träger der Eingliederungshilfe zu ergehen.*

|  |
| --- |
| **Abwesende Person**  **Name**  **Vorname** |

|  |
| --- |
| **Zeitraum und Grund der Abwesenheit**  vom       bis voraussichtlich  wegen Krankheit Sonstige Abwesenheit  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |  |
| --- | --- |
| Ort, Datum | Unterschrift Mitarbeitende |