

Logo	Name der Einrichtung	VERTRAULICH
-------------	----------------------	--------------------

Informationsbericht / Eingliederungsplan

0. Grund der Berichterstattung

- Eingangsverfahren vom bis
 Grundkurs bzw. 1. Jahr Berufsbildungsbereich vom bis
 Aufbaukurs bzw. 2. Jahr Berufsbildungsbereich vom bis
 Arbeitsbereich vom bis
 Anlassbezogen:

Kostenträger:

Geschäftszeichen / Versicherungsnummer / Kundennummer:

1. Personaldaten

Name:

Geburtsdatum:

Geschlecht:

Familienstand:

Kinder (Anzahl, Alter):

Anschrift:

Bezirk / Versorgungsregion¹:

Staatsangehörigkeit / Muttersprache / Migrationshintergrund:

2. Wohnsituation

- eigene Wohnung ohne Betreuung
 bei den Angehörigen (z. B. Eltern)
 betreutes Einzelwohnen Leistungserbringer:
 in betreuter Wohngemeinschaft Leistungserbringer:
 besondere Wohnform Leistungserbringer:
 Sonstiges (Informationen zur Wohn- / häuslichen Situation):

3. Sorgeberechtigung / Betreuung / Bevollmächtigung

Sorgeberechtigung: ja nein
Name / Kontaktdaten:

Betreuung: ja nein
Name / Kontaktdaten:

Betreuung wurde beantragt: ja nein

Aufgabenkreise: Vermögen Aufenthalt
 Heilbehandlung Vertretung vor Behörden
 Sonstiges:

Bevollmächtigung: ja nein
Name / Kontaktdaten:

¹ Bitte ausschließlich für Berlin ausfüllen.

4. Rente wegen Erwerbsminderung

Rente wegen Erwerbsminderung wurde beantragt: ja nein
Antrag wurde abgelehnt: ja nein
wenn ja, Grund der Ablehnung¹:

Rente wegen Erwerbsminderung wird bezogen ja nein
 befristet bis
 auf Dauer

Zuständiger Träger der Deutschen Rentenversicherung:

5. Art und Schwere der Behinderung

5.1 Bescheid zur Feststellung des Grades der Behinderung (GdB)

Feststellung wurde beantragt: ja nein
Antrag wurde abgelehnt: ja nein
wenn ja, Grund der Ablehnung¹:
Antrag ist noch in Bearbeitung:

Feststellungsbescheid liegt vor ja nein

Datum:

GdB:

Merkzeichen:

Funktionsbeeinträchtigung:

Befristung ja, bis nein

5.2 Gutachten / Berichte (soweit vorhanden bzw. bekannt)

Gutachten bzw. Bericht/e (Datum und Ersteller/in):
Wesentliche Aussagen:

Vorrangige Behinderung²:

- geistige Behinderung
- körperliche Behinderung
- seelische Behinderung
- Sinnesbeeinträchtigung

Lernbehinderung

davon mit weiterer Behinderung:

- gehörlos
- blind
- eingeschränkte Lautsprache
- neurologische Erkrankungen (laut Diagnose)
- seelische Behinderung (laut Diagnose)
- stark herausforderndes Verhalten

Angabe Diagnoseschlüssel nach ICD - 10³

Pflegegrad

² Mehrere Kreuze sind möglich.

³ Bitte ausschließlich für Brandenburg ausfüllen.

5.3 Hilfsmittel

Rollstuhlfahrer/in (eigenständige Fortbewegung): ja nein
Rollstuhlfahrer/in (nicht eigenständige Fortbewegung): ja nein
Rollator: ja nein
Weitere Hilfsmittel:

5.4 Besonderheiten

Sonstige Auswirkungen:

6. Anwesenheitszeiten

Anwesenheitsverkürzung erforderlich: ja nein
Grund der Anwesenheitsverkürzung: med. Erziehungsauftrag TzBfG⁴
Datum der ärztl. Stellungnahme:
Umfang der Anwesenheitsverkürzung: von Std. auf Std. in der Woche an Werktagen

7. Wegefähigkeit

erreicht die Einrichtung selbstständig ja nein
benötigt einen Fahrdienst ja nein
falls ja: Transport im Rollstuhl erforderlich ja nein
benötigt eine Begleitung ja nein

Besonderheiten⁵:

8. Bisheriger schulischer und beruflicher Werdegang

Zeitraum	Schulischer (Art der Schule) und beruflicher Werdegang	Abschluss / Ergebnis / Grund der Beendigung / Empfehlung

Anmerkungen / Besonderheiten:

⁴ Feld bezieht sich nur auf den Arbeitsbereich.

⁵ Einschl. Aussage, ob Wegefähigkeit – sofern noch nicht vorliegend – erreichbar scheint und angestrebt werden soll.

9. Beurteilung (einschließlich Analyse- und Diagnoseergebnisse) im

- Eingangsverfahren
- Grundkurs bzw. 1. Jahr Berufsbildungsbereich
- Aufbaukurs bzw. 2. Jahr Berufsbildungsbereich
- Arbeitsbereich
bitte Tätigkeitsbereich(e) und ausgeübte Tätigkeiten im Berichtszeitraum angeben³

Gruppenleiter/in (z. B. Fachkraft für Arbeits- und Berufsförderung):

Bildungsbegleiter/in:

Beurteilungszeitraum:

- Einsatzort: Betriebsstätte
 Außenarbeitsgruppe
 Ausgelagerter Berufsbildungs- / Arbeitsplatz
Anschrift (Str., PLZ):

9.1 Lernen und Wissensanwendung

(z. B. Konzentration, Merkfähigkeit, Ausdauer, Aneignung und Anwenden von Kenntnissen, Aneignen von Fertigkeiten, Wissens-Transfer und Belastbarkeit)

9.2 Allgemeine Aufgaben und Anforderungen

(z. B. Ausführen von Aufgaben, Vorbereiten des Arbeits- / Beschäftigungsplatzes, Kennen von Materialien, Werkzeugen..., Nutzen / Auswählen von Materialien, Werkzeugen..., Halten von Ordnung im Arbeits- / Beschäftigungsbereich, Kennen und Meiden von Gefahren und Belastbarkeit)

9.3 Arbeits- und lebensweltbezogene Angebote

(z. B. Aneignen und Erweitern von Wissen in arbeits- und lebensweltbezogenen Bereichen, Entwickeln von Teilhabekompetenzen in spezifischen Themenfeldern (Kunst, Musik, Politik, ...), Wahrnehmen eigener Interessen / Bedürfnisse / Ressourcen; Entscheidungen treffen; Motivation; Lernbereitschaft und Belastbarkeit)

9.4 Kommunikation und Orientierung

(z. B. Kommunikation – kognitives Verstehen, Kommunikation – Sprechen / Sich-Mitteilen, Benutzen und Aneignen von Kommunikationsgeräten und -techniken, Sinnesbeeinträchtigungen, Zeitliche Orientierung, Räumliche Orientierung und Belastbarkeit)

9.5 Interpersonelle Interaktionen und Beziehungen

(z. B. Gruppenverhalten, Gestalten sozialer Beziehungen, Umgang mit Konflikten, Einhalten von Regeln und Absprachen, Umgang mit Kritik, verhaltensbedingter Bedarf und Belastbarkeit)

9.6 Mobilität und Selbstversorgung

(z. B. Grobmotorik und Bewegungskoordination, Feinmotorik und Koordination, Bewegung / Mobilität, Bewältigung von Wegen / Verkehrssicherheit, Nutzen von Hilfsmitteln, Einnehmen von Essen und Getränken, Toilettengänge / persönliche Hygiene, pflegerische Bedarfe und Belastbarkeit)

9.7 Individuelle und gruppenübergreifende Angebote

(z. B. Teilnahme an Arbeits-, Beschäftigungs- und Bildungsangeboten, Trainings / Praktika, begleitenden Maßnahmen und Belastbarkeit)

9.8 Vorstellungen und Wünsche / Eignung und Neigung

a) aus Sicht des Teilnehmers / der Teilnehmerin

b) Einschätzung der Einrichtung

10. Empfehlung für die weitere Eingliederungsplanung

10.1 Schlussfolgerungen

Die Voraussetzungen für die Maßnahme in der WfbM / beim anderen Leistungsanbieter (Werkstattfähigkeit) werden aus unserer Sicht gesehen⁶:

ja

nein

Erläuterung bei Nein:

Auf Grundlage der bisherigen Förderung ist aus unserer Sicht unsere Einrichtung, die

geeignete Einrichtung.

nicht geeignete Einrichtung.

⁶ Vgl. § 219 Abs. 2 SGB IX

10.2 Vorschlag für die weitere Eingliederungsplanung

ab dem
bis zum

im

- Grundkurs bzw. 1. Jahr Berufsbildungsbereich
- Betriebsstätte WfbM / andere Leistungsanbieter
 - Außenarbeitsgruppe
 - Ausgelagerter Berufsbildungsplatz
- Anschrift (Str., PLZ):
- Aufbaukurs bzw. 2. Jahr Berufsbildungsbereich
- Betriebsstätte WfbM / andere Leistungsanbieter
 - Außenarbeitsgruppe
 - Ausgelagerter Berufsbildungsplatz
- Anschrift (Str., PLZ):
- Arbeitsbereich im Land Berlin Wählen Sie ein Element aus.
- Betriebsstätte WfbM / andere Leistungsanbieter
 - Außenarbeitsgruppe
 - Ausgelagerter Arbeitsplatz
- Anschrift (Str., PLZ):
- Arbeitsbereich im Land Brandenburg
- Betriebsstätte WfbM / andere Leistungsanbieter
 - Dienstleistungsgruppe
 - Betriebsstätte Dritter
 - Außenarbeitsgruppe
 - ausgelagerter Arbeitsplatz – zeitlich befristet (§ 5 Abs. 4 WVO)
 - ausgelagerter Arbeitsplatz auf Dauer (§ 219 Abs. 1 SGB IX)
- Anschrift (Str., PLZ):
- Beschäftigungs- und Förderbereich / Förder- und Beschäftigungsbereich⁷
- mit einer Anwesenheitsverkürzung: von Std. auf Std. in der Woche an
Werktagen aufgrund med. Notwendigkeit Erziehungsauftrag TzBfG⁴

Einschätzung, ob andere Übergänge möglich sind

- ja, mit dem Ergebnis eines Überganges in
- ein Berufsförderungswerk
 - ein Berufsbildungswerk / eine vergleichbare Einrichtung (§ 51 SGB IX)
 - den allgemeinen Arbeitsmarkt (sozialversicherungspflichtiges Ausbildungsverhältnis)
mit einem Budget für Ausbildung
 - den allgemeinen Arbeitsmarkt (sozialversicherungspflichtiges Beschäftigungsverhältnis)
 - den allgemeinen Arbeitsmarkt (sozialversicherungspflichtiges Beschäftigungsverhältnis) mit einem Budget für Arbeit
 - einen Inklusionsbetrieb
 - Unterstützte Beschäftigung (individuelle betriebliche Qualifizierung)
 - Unterstützte Beschäftigung (Berufsbegleitung)
 - Sonstiges:

Erläuterungen bei Ja:

nein

Erläuterungen bei Nein:

bzw.

Beendigung der Maßnahme
Letzter Maßnahmetag:

⁷ Vgl. § 219 Abs. 3 SGB IX

10.2.1 Bei weiterer Förderung im Berufsbildungsbereich

Qualifizierungsstufe:

- a) tätigkeitsorientiert
- b) arbeitsplatzorientiert
- c) berufsfeldorientiert
- d) berufsbildorientiert

Qualifizierungsbereich (Berufsfeld) und Qualifizierungsinhalte (siehe Rahmenbildungsplan)

Pädagogische Handlungsbedarfe in Bezug zu den Feldern 9.1 - 9.7

in Bezug zu 9.1) Lernen und Wissensanwendung

in Bezug zu 9.2) Allgemeine Aufgaben und Anforderungen

in Bezug zu 9.3) Arbeits- und lebensweltbezogene Angebote

in Bezug zu 9.4) Kommunikation und Orientierung

in Bezug zu 9.5) Interpersonelle Interaktionen und Beziehungen

in Bezug zu 9.6) Mobilität und Selbstversorgung

in Bezug zu 9.7) Individuelle und gruppenübergreifende Angebote

10.2.2 Bei weiterer Förderung im Arbeitsbereich / Beschäftigungs- und Förderbereich⁸

Evaluation der vereinbarten Ziele im Berichtszeitraum:

Ziel (exakte Beschreibung)	
Indikator einschl. Realisierungszeitraum	
Maßnahmen, Methoden und Mittel	
Ergebnisse	
Verantwortlichkeiten	

⁸ Vgl. § 219 Abs. 3 SGB IX

Ziel (exakte Beschreibung)	
Indikator einschl. Realisierungszeitraum	
Maßnahmen, Methoden und Mittel	
Ergebnisse	
Verantwortlichkeiten	

Gep plante künftige Ziele im Zeitraum:

Ziel (exakte Beschreibung)	
Indikator einschl. Realisierungszeitraum	
Maßnahmen, Methoden und Mittel	
Verantwortlichkeiten	

Ziel (exakte Beschreibung)	
Indikator einschl. Realisierungszeitraum	
Maßnahmen, Methoden und Mittel	
Verantwortlichkeiten	

11. Empfehlung zum Umfang der Unterstützung^{1, 9}

(pflegerische, persönliche, fachliche Betreuung / Anleitung durch die Fachkraft)

Erläuterungen¹⁰:

Bei Übergang in den Arbeitsbereich:

- | | |
|--|-----------------------------|
| Persönliche Betreuung | Wählen Sie ein Element aus. |
| Pflegerische Betreuung | Wählen Sie ein Element aus. |
| Fachliche Anleitung | Wählen Sie ein Element aus. |
| Hilfestellung bei der Arbeitsverrichtung | Wählen Sie ein Element aus. |

12. Beratungs- / Abstimmungsergebnis über die empfohlenen Eingliederungsmaßnahmen mit der / dem Maßnahmeteilnehmer/in

Mit Maßnahmeteilnehmer/in besprochen am:

Einvernehmen liegt vor: ja nein
 Erläuterung bei Nein:

Sorgeberechtigte/r / Betreuer/in / Bevollmächtigte/r

wurde in Kenntnis gesetzt: ja nein

Datum / Unterschrift Tel.: , E-Mail: (Ansprechpartner/in für Rückfragen)

⁹ Angaben sind zwingend erforderlich bei Überleitung in den Arbeitsbereich
¹⁰ Bei Bedarf Angaben auch bei Eingangsverfahren / Berufsbildungsbereich.