

<b>Logo</b>	Name der Einrichtung	<b>VERTRAULICH</b>
-------------	----------------------	--------------------

## 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 / Versorgungsregion<sup>1</sup>:

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:

<sup>1</sup> 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 Ablehnung<sup>1</sup>:

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 Ablehnung<sup>1</sup>:  
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 Behinderung<sup>2</sup>:

- 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 - 10<sup>3</sup>

Pflegegrad

<sup>2</sup> Mehrere Kreuze sind möglich.

<sup>3</sup> Bitte ausschließlich für Brandenburg ausfüllen.



## **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 angeben<sup>3</sup>

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 gesehen<sup>6</sup>:

ja

nein

Erläuterung bei Nein:

---

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

geeignete Einrichtung.

nicht geeignete Einrichtung.

<sup>6</sup> 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 Beschäftigungsbereich<sup>7</sup>
- mit einer Anwesenheitsverkürzung: von    Std. auf    Std. in der Woche an  
Werktagen aufgrund  med. Notwendigkeit  Erziehungsauftrag  TzBfG<sup>4</sup>

### **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:

<sup>7</sup> 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 Förderbereich<sup>8</sup>**

#### **Evaluation der vereinbarten Ziele im Berichtszeitraum:**

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

<sup>8</sup> 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<sup>1, 9</sup>**

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

Erläuterungen<sup>10</sup>:

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)

<sup>9</sup> Angaben sind zwingend erforderlich bei Überleitung in den Arbeitsbereich

<sup>10</sup> Bei Bedarf Angaben auch bei Eingangsverfahren / Berufsbildungsbereich.