

Daten zur Person			
Name, Vorname:		Geburtsdatum:	
Geschlecht:		Wiedervorlage:	
Staatsangehörigkeit:		Muttersprache:	
Adresse:			
Wohnsituation:		Rentenbezug:	
rechtliche Betreuung:	(Name, Anschrift, Telefonnummer)		

Ansprechpartner/-in in WfbM			
Name, Vorname:			
E-Mail:		Telefon:	

Verlauf Eingangsverfahren			
Leistungsträger:			
voraussichtlicher Leistungsträger im AB			
Betriebs-/Arbeits-/ Qualifizierungsorte:			
Arbeitszeit:		Grund:	

Interessen im Hinblick auf Tätigkeiten, Arbeitsort und Materialien

Teilhabeziel	
Ziel:	
Berufsfeld/er / Einsatzbereich/e:	
für den Zeitraum:	
Zielbegründung:	

Beeinträchtigung/Behinderung/GdB/ICF/Krankheit/Pflegebedürftigkeit/ICD 10 (unter Einbezug Vorgutachten)

Ist eine sozialversicherungspflichtige Beschäftigung von mehr als drei Stunden perspektivisch möglich?
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Klient/-in, gesetzliche/-r Betreuer/-in

\_\_\_\_\_  
Sozialer Dienst

\_\_\_\_\_  
Fachkraft / Bildungsbegleiter/-in



Ist eine sozialversicherungspflichtige Beschäftigung von mehr als drei Stunden perspektivisch möglich?

ja  nein

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Klient/-in, gesetzliche/-r Betreuer/-in

\_\_\_\_\_  
Sozialer Dienst

\_\_\_\_\_  
Fachkraft / Bildungsbegleiter/-in

Daten zur Person			
Name, Vorname:		Geburtsdatum:	
Geschlecht:		Wiedervorlage:	
Staatsangehörigkeit:		Muttersprache:	
Adresse:			
Wohnsituation:		Rentenbezug:	
rechtliche Betreuung:	(Name, Anschrift, Telefonnummer)		

Ergebnis erstes Jahr Berufsbildungsbereich (persönliche und berufliche Situation / langfristige Perspektive) :	
<input type="checkbox"/> Aufnahme Arbeitsbereich WfbM <input type="checkbox"/> Aufnahme 2. Jahr Berufsbildungsbereich <input type="checkbox"/> Aufnahme ambulanter Berufsbildungsbereich <input type="checkbox"/> allgemeiner Arbeitsmarkt: Inklusionsbetrieb <input type="checkbox"/> allgemeiner Arbeitsmarkt: Unternehmen (privat, öffentlich)	<input type="checkbox"/> allgemeiner Arbeitsmarkt: Budget für Arbeit <input type="checkbox"/> Aufnahme in eine Tagesförderstätte <input type="checkbox"/> kein weiteres Interesse <input type="checkbox"/> Sonstiges
Begründung	

Verlauf zweites Jahr Berufsbildungsbereich			
Leistungsträger:			
voraussichtlicher Leistungsträger im AB			
Betriebs-/Arbeits-/ Qualifizierungsorte:			
Arbeitszeit:		Grund:	

Interessen im Hinblick auf Tätigkeiten, Arbeitsort und Materialien

Teilhabeziel	
Ziel:	
Berufsfeld/er / Einsatzbereich/e:	
für den Zeitraum:	
Zielbegründung:	

Qualifizierungsstufe im Berufsbildungsbereich	
die berufliche Qualifizierung erfolgt:	

Beeinträchtigung/Behinderung/GdB/ICF/Krankheit/Pflegebedürftigkeit/ICD 10 (unter Einbezug Vorgutachten)

Betriebspraktika/ausgelagerte Berufsbildungs-/Arbeitsplätze/allgemeiner Arbeitsmarkt			
Praktika:		Begründung, wenn nein:	
Anzahl Praktika:		Art des Praktikums:	<input type="checkbox"/> Hospitation <input type="checkbox"/> Stabilisierungs- und Übergangspraktikum <input type="checkbox"/> Qualifizierungspraktikum <input type="checkbox"/> Belastungspraktikum <input type="checkbox"/> Orientierungspraktikum
Berufsfeld/er / Einsatzbereich/e:			
ausgelagerter Berufsbildungs-/Arbeitsplatz:			

Ist eine sozialversicherungspflichtige Beschäftigung von mehr als drei Stunden perspektivisch möglich?

ja  nein

Ergebnis zweites Jahr Berufsbildungsbereich (persönliche und berufliche Situation / langfristige Perspektive) :

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Aufnahme Arbeitsbereich WfbM                               | <input type="checkbox"/> allgemeiner Arbeitsmarkt: Unterstützte Beschäftigung |
| <input type="checkbox"/> allgemeiner Arbeitsmarkt: Inklusionsbetrieb                | <input type="checkbox"/> kein weiteres Interesse                              |
| <input type="checkbox"/> allgemeiner Arbeitsmarkt: Unternehmen (privat, öffentlich) | <input type="checkbox"/> Sonstiges  |
| <input type="checkbox"/> allgemeiner Arbeitsmarkt: Budget für Arbeit                |   |

Begründung

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Klient/-in, gesetzliche/-r Betreuer/-in

\_\_\_\_\_  
Sozialer Dienst

\_\_\_\_\_  
Fachkraft / Bildungsbegleiter/-in

Daten zur Person			
Name, Vorname:		Geburtsdatum:	
Geschlecht:		Wiedervorlage:	
Staatsangehörigkeit:		Muttersprache:	
Adresse:			
Wohnsituation:		Rentenbezug:	
rechtliche Betreuung:	(Name, Anschrift, Telefonnummer)		

Angaben zur Berufsbiographie (Ausbildung/Berufserfahrung)

Ergebnis 2. Jahr Berufsbildungsbereich		
<input type="checkbox"/> Aufnahme in den Arbeitsbereich der WfbM	<input type="checkbox"/> Sonstiges Angebot der Arbeitsförderung	<input type="checkbox"/> Aufnahme einer Tätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt <input type="checkbox"/> Unternehmen (privat/öffentlich) <input type="checkbox"/> Inklusionsbetrieb <input type="checkbox"/> Budget für Arbeit
<input type="checkbox"/> Eine Beschäftigung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt scheint perspektivisch erreichbar	<input type="checkbox"/> Aufnahme in eine Tagesförderstätte	<input type="checkbox"/> Sonstiges (Übergang in Rente, kein Interesse an WfbM)

Situationsbeschreibung

Einsatzbereiche

Derzeit geplante Arbeitsziele

Derzeitige Förderziele (persönlichkeitsfördernde Ziele)

Angaben zur Arbeitszeit

### Unterstützungsbedarf

Aus fachlicher Sicht wird ein Hilfebedarf im Stellenverhältnis von  1:12 festgestellt  
Aus fachlicher Sicht wird ein erhöhter Hilfebedarf im Stellenverhältnis von mindestens  1:6 festgestellt  
Sonstiges

### Begründung

### Perspektiven:

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Arbeitsbereich WfbM                         | <input type="checkbox"/> allgemeiner Arbeitsmarkt: Unternehmen (privat, öffentlich) |
| <input type="checkbox"/> ausgelagerter Einzelarbeitsplatz            | <input type="checkbox"/> Aufnahme in eine Tagesförderstätte                         |
| <input type="checkbox"/> allgemeiner Arbeitsmarkt: Inklusionsbetrieb | <input type="checkbox"/> aktuell keine Veränderungen geplant                        |
| <input type="checkbox"/> allgemeiner Arbeitsmarkt: Budget für Arbeit | <input type="checkbox"/> Praktikum  |

### Begründung

### Beeinträchtigung/Behinderung/GdB/ICF/Krankheit/Pflegebedürftigkeit/ICD 10 (unter Einbezug Vorgutachten)

### Anmerkungen Klient/-in

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Klient/-in, gesetzliche/-r Betreuer/-in

\_\_\_\_\_  
Sozialer Dienst

\_\_\_\_\_  
Fachkraft / Bildungsbegleiter/-in