**Eingliederungsplan für Teilnehmer nach § 16i SGB II – Eingliederung von Langzeitarbeitslosen**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Teilnehmer: | Kundennummer: | | Arbeitgeber: | | Coach: | Integrationsfachkraft im Jobcenter: |
|  | | | | | | |
| Wochenarbeitszeit des  Beschäftigungsverhältnisses: | | **Betreuungsbedarf an Stunden** **:**  **Begründung des Betreuungsbedarfs** | | | | für den Zeitraum  vom       bis |
|  | | | | | | |
| **Standortanalyse**  zu beruflichen, persönlichen, gesundheitlichen, finanziellen, familiären und weiteren die Beschäftigungsaufnahme und -fortführung betreffenden Einschränkungen | | | |  | | |
| **Eingliederungsziel und Zwischenziel**  insbesondere Einbindung von kommunalen Leistungen nach § 16a SGB II, Übergang in ungeförderte Beschäftigung | | | |  | | |
| **Strategievereinbarungen**  Aufgaben/Schritte, individuelle Förderung | | | |  | | |
| **Einbindung/Vereinbarungen mit den Beteiligten**  insbesondere des Arbeitgebers | | | |  | | |
| **Stabilisierungs-/Integrations-**  **fortschritte** | | | |  | | |
| **Übergangsmanagement**  Strategie und Aktivitäten | | | |  | | |
| **Besonderheiten/Auffälligkeiten** | | | |  | | |
| **Zielerreichung**  Austritt/Verbleib bezogen auf das Beschäftigungsverhältnis | | | |  | | |

**Der Eingliederungsplan ist in regelmäßigen Abständen zu aktualisieren. Die regelmäßigen Abstände sind mit dem Jobcenter abzustimmen.**

**Bei Änderung des individuellen Betreuungsbedarfs ist der Eingliederungsplan stets zu aktualisieren.**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_       \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ort Datum Unterschrift Coach Unterschrift Teilnehmer/in

**Anpassung der Betreuungsstunden aufgrund des individuellen Betreuungsbedarfs**

* Analyse des bisherigen Bedarfs:
* Begründung für eine Anpassung des individuellen Betreuungsbedarfs:
* Vorschlag den individuellen Betreuungsbedarf wie folgt anzupassen:

Erhöhung

* von       Betreuungsstunden auf       Betreuungsstunden im Monat
* ab
* es stehen noch ausreichend Betreuungsstunden zur Verfügung:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Gesamtstunden-kontingent im Maßnahmejahr | monatliches  Durchschnittskontingent  100 % | maximales monatliche Stundenkontingent  120% |
| Ausgangswert |  |  |  |
| abzgl. verplanter Stunden (insgesamt) |  |  |  |
| abzgl. angepasster Stundenbedarf |  |  |  |
| noch zur Verfügung stehenden Stunden |  |  |  |

Senkung

* von       Betreuungsstunden auf       Betreuungsstunden im Monat
* ab

derzeit kein Betreuungsbedarf

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_       \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ort Datum Unterschrift Coach (Träger)

**Entscheidung des Jobcenters**

Dem Vorschlag zur Anpassung der Betreuungsstunden aufgrund des individuellen Betreuungsbedarfs

wird zugestimmt

wird **nicht** zugestimmt

Begründung:

Individueller Betreuungsbedarf **an Stunden :** ab

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_       \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ort Datum Unterschrift Integrationsfachkraft

Mitteilung zur Umsetzung an den Maßnahmeträger erfolgte am

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_       \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ort Datum Unterschrift Integrationsfachkraft