**Vordruck F\_90259**

*Individuelle Eingliederungsmaßnahme für schwerbehinderte Menschen*

**Jobcenter EU-aktiv**

**Teilnehmerbezogener Bericht – Stabilisierung der Beschäftigungsaufnahme**

**Auftragnehmer:**

**Maßnahmenummer:** **/       /**

***Teilnehmerdaten***

Name:  Vorname:

Kundennummer:

Teilnahme an der Maßnahme vom:  bis:

Beschäftigungsaufnahme am:  befristet bis:  unbefristet 

beschäftigt als:

***Arbeitgeber***

Firmenname:

Anschrift:

Ansprechpartner:

***Dokumentation der Kontakte***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Datum** | **Kontaktart** | **Gesprächsinhalt** (umfangreichere Ausführungen bitte als Anhang beifügen) |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

(weitere Kontakte als Anhang zur Tabelle beifügen)

Abschluss der Stabilisierungsphase am:

 Integration in sozialversicherungspflichtige Beschäftigung besteht fort

 Abbruch der sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung am:

bei Abbruch der sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung:

Grund des Abbruchs:

Handlungsempfehlung an das Jobcenter:

Die Gespräche wurden trägerseitig geführt durch:

Ort, Datum

Unterschrift Auftragnehmer Unterschrift Teilnehmer