



3



Vordruck Bedarfseinschätzung AsA – Assistierte Ausbildung (AsA flex)

Nach § 74 bis 75a Drittes Buch Sozialgesetzbuch (SGB III)



Hinweis Zutreffendes bitte ausfüllen oder ankreuzen.

A. Angaben zum Maßnahmeträger

(Dieser Abschnitt A. ist durch den Maßnahmeträger auszufüllen)

1 Bezeichnung des Maßnahmeträgers

2 Auftragnehmer Kundennummer

3 Straße

4 Hausnummer

5 Postleitzahl

6 Ort

B. Einwilligungserklärung der teilnehmenden Person

Das Gesprächsformat findet auf meinen Wunsch statt. Die durch den voraussichtlichen Maßnahmeträger erfassten Inhalte helfen bei der Einschätzung meines individuell erforderlichen Begleitungszeitraums und des voraussichtlich benötigten zeitlichen Umfangs an Unterstützung in der Maßnahme.

Mir entstehen keine Rechtsnachteile, wenn ich das Gespräch nicht führe oder in die Dokumentation oder Übermittlung an die Agentur für Arbeit nicht einwillige.

Im Interesse einer bestmöglichen Unterstützung durch meinen voraussichtlichen Maßnahmeträger willige ich in folgende Punkte ein, welche auf freiwilliger Basis beruhen:

Der Maßnahmeträger führt ein Gespräch mit mir

Der Maßnahmeträger dokumentiert dieses Gespräch

Der Maßnahmeträger übermittelt die Dokumentation an die für mich zuständige Agentur für Arbeit

Ich habe das Recht, diese Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft ohne Angabe von Gründen zu widerrufen, Artikel 7 Absatz 3 Datenschutzgrundverordnung (DSGVO). Hierdurch entstehen mir keine rechtlichen Nachteile.

7 Ort

8 Datum

9 Unterschrift Auszubildende/r beziehungsweise
EQ-Teilnehmer/in

10 Bei Minderjährigen Unterschrift der gesetzlichen Vertreterin
beziehungsweise des gesetzlichen Vertreters



S1

C. Angaben zur Person der/des Auszubildenden beziehungsweise EQ-Teilnehmerin/EQ-Teilnehmers

11 Kundennummer bei der Agentur für Arbeit

12 Vorname

13 Nachname

14 Geburtsdatum

15 Straße

16 Hausnummer

17 Postleitzahl

18 Wohnort

19 Telefon

20 Zeiten telefonischer Erreichbarkeit

Weitere Angaben zur Person (falls bekannt)

21 höchster Schulabschluss der allgemeinbildenden Schule

22 (angestrebter) Ausbildungsberuf

23 (voraussichtliche) Ausbildungsdauer

Angaben zum Ausbildungsbetrieb/Praktikumsbetrieb

24 Name des Ausbildungsbetriebs/Praktikumsbetriebs

25 Straße

26 Hausnummer

27 Postleitzahl

28 Ort



D. Voraussichtlicher Unterstützungsbedarf

(Einschätzung des Maßnahmeträgers und der förderberechtigten Person)

Zum erfolgreichen Absolvieren der Berufsausbildung beziehungsweise der Einstiegsqualifizierung ist voraussichtlich folgender Unterstützungsbedarf erforderlich, der sich im Verlauf der Teilnahme jedoch noch verändern kann. Die erfolgte Einschätzung dient der Agentur für Arbeit zur Festlegung des individuellen Begleitungszeitraums sowie zeitlichen Umfangs des Unterstützungsbudgets.

29 Wird **Stütz- und Förderunterricht** benötigt?

Nein (weiter mit 31)

Ja

voraussichtlicher Stundenumfang pro Monat

30 Erläuterung (insbesondere zum voraussichtlichen Bedarf an Stützunterricht)

31 Wird **sozialpädagogische Begleitung** benötigt?

Nein (weiter mit 33)

Ja

voraussichtlicher Stundenumfang pro Monat

32 Erläuterung

33 Die **Ausbildungsbegleitung** ist gesetzlich vorgegeben.

Wie hoch ist der Unterstützungsbedarf?

Stunden pro Monat

34 Erläuterung

35 Werden **Angebote für den Ausbildungsbetrieb** benötigt?

Nein (weiter mit 37)

Ja

voraussichtlicher Stundenumfang pro Monat

36 Erläuterung

37 **Summe des voraussichtlichen Unterstützungsbedarfs**

(Summe der Stunden aus den Fragen 29 bis 36)

Stunden im Monat

