**Jobcenter Name des Jobcenters eingeben**

Eingliederungsplan für Teilnehmende nach § 16i SGB II – Teilhabe am Arbeitsmarkt

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.

# Allgemeine Angaben

Integrationsfachkraft im Jobcenter Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Name des Coaches Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Name des Arbeitgebers Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

# Angaben zum Teilnehmenden

Name Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Vornahme Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Kundennummer Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

# Angaben zum Betreuungsbedarf

## Betreuungsbedarf an Stunden:

im Monat Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

in der Woche Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

für den Betreuungszeitraum:

von Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

bis Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

## Begründung:

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

# Angaben zur Beschäftigungsfähigkeit

## Standortanalyse

zu beruflichen, persönlichen, gesundheitlichen, finanziellen, familiären und weiteren die Beschäftigungsaufnahme und -fortführung betreffenden Einschränkungen

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

## Eingliederungsziel und Zwischenziel

insbesondere Einbindung von kommunalen Leistungen nach § 16a SGB II, Übergang in ungeförderte Beschäftigung

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

## Strategievereinbarungen

Aufgaben/Schritte, individuelle Förderung, nächste Schritte festlegen

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

## Einbindung/Vereinbarungen mit den Beteiligten

insbesondere des Arbeitgebers

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

## Stabilisierungs-/Integrationsfortschritte

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

## Übergangsmanagement

Strategie und Aktivitäten

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

## Besonderheiten/Auffälligkeiten

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

## Zielerreichung

Austritt/Verbleib bezogen auf das Beschäftigungsverhältnis

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

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

Ort Datum Unterschrift Coach Unterschrift teilnehmende Person

# Anpassung der Betreuungsstunden aufgrund des individuellen Betreuungsbedarfs

## Analyse des bisherigen Bedarfs

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

## Begründung für eine Anpassung des individuellen Betreuungsbedarfs

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

## 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

Begründung

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

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

Ort Datum Unterschrift Coach des Auftragnehmers

**Entscheidung des Jobcenters**

Dem Vorschlag zur Anpassung der Betreuungsstunden aufgrund des individuellen Betreuungsbedarfs

wird zugestimmt

wird **nicht** zugestimmt

Begründung

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Individueller Betreuungsbedarf **an Stunden :** ab

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

Ort Datum Unterschrift Integrationsfachkraft

Mitteilung zur Umsetzung an den Coach des Auftragnehmers erfolgte am

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

Ort Datum Unterschrift Integrationsfachkraft