



2

Name des Jobcenters

Betreuungsplan für Teilnehmende nach § 16k SGB II – Ganzheitliche Betreuung

Maßnahme der ganzheitlichen Betreuung – § 16k Zweites Buch Sozialgesetzbuch (SGB II)

**Hinweis** Bitte das Formular vollständig ausfüllen.

Der Betreuungsplan ist in regelmäßigen Abständen zu aktualisieren.
Die regelmäßigen Abstände sind mit dem Jobcenter abzustimmen.
Bei Änderung des individuellen Betreuungsbedarfs ist der Betreuungsplan stets zu aktualisieren.

A. Allgemeine Angaben

- 1 Vorname Ansprechpartnerin/Ansprechpartner Jobcenter 2 Nachname Ansprechpartnerin/Ansprechpartner Jobcenter
- 3 Vorname der Coachin/des Coaches 4 Nachname der Coachin/des Coaches

B. Angaben zur Teilnehmerin/zum Teilnehmer

- 5 Vorname 6 Nachname
- 7 Kundennummer

C. Angaben zum Betreuungsbedarf

8 Geben Sie den aktuell mit dem Jobcenter abgestimmten Betreuungsbedarf der Teilnehmerin/des Teilnehmers im Zeitraum der Teilnahme (Betreuungszeitraum) an:

pro Woche pro Monat

Bedarf in Stunden

9 Geben Sie bitte den Betreuungszeitraum an:

von (TT.MM.JJJJ) bis (TT.MM.JJJJ)

10 Bitte geben Sie Gründe für den Betreuungsbedarf an:



S1

D. Angaben zur Beschäftigungsfähigkeit

Standortanalyse

Einschränkung der Beschäftigungs- oder Ausbildungsfähigkeit in folgenden Schlüsselgruppen (Dimensionen):

11 Qualifizierung

12 Leistungsfähigkeit

13 Motivation

14 Rahmenbedingungen



S2

Vereinbarte (Zwischen-)Ziele

15 Welche vereinbarten (Zwischen-)Ziele gibt es unter Einbindung weiterer regionaler Akteure?

Strategievereinbarungen

16 Welche Strategievereinbarungen gibt es und welche nächsten Schritte werden festgelegt?

Fortschritte beim Aufbau der Beschäftigungsfähigkeit/Ausbildungsfähigkeit

17 Bitte beschreiben Sie die erreichten Ziele:



Übergangsmanagement

18 Welche Strategien und Aktivitäten gibt es unter Einbeziehung der regionalen Akteure?

Besonderheiten

19 Welche Besonderheiten gibt es?

Zielerreichung

20 Beschreiben Sie die Zielerreichung bezogen auf den Grad der erreichten Beschäftigungs-/Ausbildungsfähigkeit:

21 Ort

22 Datum

23 Unterschrift der Coachin/des Coaches

24 Unterschrift teilnehmende Person



S4

E. Anpassung der Betreuungsstunden aufgrund des individuellen Betreuungsbedarfs

Analyse/Beschreibung des bisherigen Bedarfs

Begründung für eine Anpassung des individuellen Betreuungsbedarfs

Vorschlag zur Anpassung des individuellen Betreuungsbedarfs

25 Besteht weiterhin ein Betreuungsbedarf?

Ja

Nein (weiter mit 31)

26 Ist eine **Erhöhung** oder **Senkung** der Betreuungsstunden geplant?

Erhöhung

Senkung (weiter mit 29)

27 Falls **Erhöhung**: ist die Anpassung der Betreuungsstunden pro Woche oder pro Monat geplant?

pro Woche

pro Monat

28 Bitte geben Sie die Anzahl der Betreuungsstunden an und ab wann die **Erhöhung** gelten soll:

derzeitiger Bedarf

zukünftiger Bedarf

ab (TT.MM.JJJJ)

Es stehen noch ausreichend Betreuungsstunden zur Verfügung.

Bitte geben Sie das zur Verfügung stehende Stundenkontingent in der nachfolgenden Tabelle an.

	Gesamtstundenkontingent im Maßnahmejahr	monatliches Durchschnittskontingent 100 %	maximales monatliches Stundenkontingent 120 %
Ausgangswert			
abzüglich verplanter Stunden (insgesamt)			
abzüglich angepasster Stundenbedarf			
noch zur Verfügung stehende Stunden			

29 Falls **Senkung**: ist die Anpassung der Betreuungsstunden pro Woche oder pro Monat geplant?

pro Woche

pro Monat

30 Bitte geben Sie die Anzahl der Betreuungsstunden an und ab wann die **Senkung** gelten soll:

derzeitiger Bedarf

zukünftiger Bedarf

ab (TT.MM.JJJJ)

31 Ort

32 Datum

33 Unterschrift der Coachin/des Coaches des Auftragsnehmers



S5

F. Entscheidung des Jobcenters

i Hinweis Abschnitt F. wird von Mitarbeitenden des Jobcenters ausgefüllt.

- 34 Entscheidung über den Vorschlag zur Anpassung der Betreuungsstunden aufgrund des individuellen Betreuungsbedarfs:
 dem Vorschlag wird zugestimmt (weiter mit 35)
 dem Vorschlag wird **nicht** zugestimmt
 Begründung für die Ablehnung

- 35 Der individuelle Betreuungsbedarf wird festgesetzt auf:
 pro Woche pro Monat
 Bedarf in Stunden ab (TT.MM.JJJJ)

- 36 Ort 37 Datum 38 Unterschrift Integrationsfachkraft
-

- 39 Mitteilung zur Umsetzung an die Coachin/den Coach des Auftragnehmers erfolgte am (TT.MM.JJJJ)

- 40 Ort 41 Datum 42 Unterschrift Integrationsfachkraft
-