**Teilnahmebezogener Bericht - § 16k SGB II**

|  |  |
| --- | --- |
| **Jobcenter** | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Auftragnehmer** | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Maßnahmenummer** | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Teilnehmer/Teilnehmerin** | **zugewiesen vom** | **bis** |
| **Name** | **Vorname** | **K.-Nr.** |
| Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |

**Berichtsanlass**

**Kontakt zur Teilnehmerin/zum Teilnehmer konnte nicht hergestellt werden:**

Kundin/Kunde ist nicht erreichbar.

Hinweise zum Sachverhalt Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Kundin/Kunde hat den vereinbarten Termin nicht wahrgenommen.

Hinweise zum Sachverhalt Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

**ausgefallene Betreuungsstunde:**

* Datum/Uhrzeit:
* Begründung: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

**Wiederholtes Nichterscheinen/Unzureichende Mitwirkung (nur sofern das Maßnahmeziel nicht erreicht werden kann)**

* unverzügliche Mitteilung innerhalb von einer Woche an Bedarfsträger erfolgte am       per
* Sachverhalt:

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

* Bewertung:

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

* Lösungsvorschlag

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

**Beendigung der ganzheitlichen Betreuung durch die Teilnehmerin/den Teilnehmer**

Die Teilnehmerin/Der Teilnehmer hat die freiwillige Teilnahme zur ganzheitlichen Betreuung am Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. widerrufen.

**Die Teilnehmerin/der Teilnehmer hat ein**

Beschäftigungsverhältnis aufgenommen:

Beginn Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Ausbildungsverhältnis aufgenommen:

Beginn: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Name und Adresse des Arbeitgebers/der Firma:

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

**sonstige Hinweise**

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

**zum Ende der Zuweisungsdauer - Abschlussbericht für die Teilnehmerin/den Teilnehmer**

(Vorlage bis spätestens vier Wochen nach dem individuellen Ende der Maßnahme per Post oder verschlüsselter E-Mail)

**Betreuungsplan/-pläne** liegt/liegen dem teilnehmerbezogenen Bericht bei.

**Bewertung der ganzheitlichen Betreuung**

* Ergebnis der Vereinbarungen über das gemeinsame Vorgehen am Ende der ganzheitlichen Betreuung

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

* Zusammenarbeit mit und Einbindung weiterer regionaler Akteurinnen/Akteure während der ganzheitlichen Betreuung: Welche Aktivitäten wurden ergriffen? Welche Strategien wurden vereinbart?

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

* Beurteilung der individuellen Fähigkeiten und Ressourcen zur Beschäftigungs- oder Ausbildungsfähigkeit der Teilnehmerin/des Teilnehmers
  + Qualifikation

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

* + Rahmenbedingungen

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

* + Motivation

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

* + Leistungsfähigkeit

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

* Fortschritte beim Aufbau der Beschäftigungs- oder Ausbildungsfähigkeit

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

* Fazit zum Aufbau der Beschäftigungs- oder Ausbildungsfähigkeit

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

* Welche persönlichen Kompetenzen, Interessen und Stärken (z. B. Motivation, Ausdauer, Teamfähigkeit, Einsatzbereitschaft, Flexibilität, individuelles Netzwerk und anders) zeichnen die Teilnehmerin/den Teilnehmer insbesondere aus?

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

* Wie wird die Teilnahme an der ganzheitlichen Betreuung im Hinblick auf die individuellen Integrationschancen insgesamt bewertet?

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

**Hinweis:**

Bitte versenden Sie den teilnahmebezogenen Bericht ausschließlich datenschutzkonform (über den Postweg) an das für den Teilnehmer/die Teilnehmerin zuständige Jobcenter.

Sofern der Platz für Ihre Ausführungen in dieser Vorlage nicht ausreicht, fügen Sie diesem Bericht bitte weitere Unterlagen bei