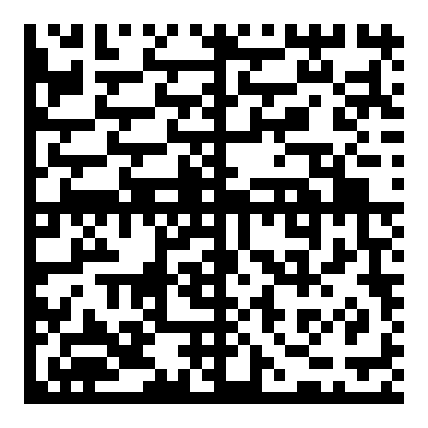
|  |
| --- |
| Jobcenter:    *(Bitte tragen Sie hier den vollständigen Namen des Jobcenters ein;*  *z.B. Jobcenter Nürnberg)* |
|
|



**Teilnahmebezogener Bericht**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Auftragnehmer:** |  | |
| **Maßnahmenummer:** |  | |
| **Teilnehmende Person:** | **Teilnahme vom       bis** | |
| **Name:** | **Vorname:** | **Kd-Nr.:** |
|  |  |  |
| **Geplanter Eintrittstermin** |  |  |

**Berichtsanlass:  Nichtantritt der teilnehmenden Person zum geplanten Eintrittstermin**

(Vorlage: sofort nach Feststellung)

**Nachfolgende Angaben entfallen!!**

**Nichtantritt der teilnehmenden Person zwei Wochen nach geplantem Eintrittstermin** (Vorlage: spätestens 14 Tage nach geplantem Eintrittstermin)

Folgende Kontaktversuche zur Herstellung des Erstkontakts wurden unternommen (Art des Kontaktversuches (telefonisch, persönlich) u. Datum)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | am |  |  |  |  |  | am |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  | am |  |  |  |  |  | am |  |

**Nachfolgende Angaben entfallen!!**

**Zum Ende der Teilnahmedauer - Abschlussbericht**

(Vorlage: spätestens am letzten Tag der individuellen Teilnahmedauer, da VerBIS-Zugriff endet)

* **Ergebnis der Maßnahmedurchführung**

Maßnahmeziel, insbesondere die Entwicklung einer beruflichen Perspektive und Handlungsempfehlungen für die Umsetzung, wurde erreicht

Maßnahmeziel wurde nicht erreicht

Begründung:

**Ergebnis der Maßnahme und Teilnahmebeurteilung:**

**Berufsbezogene Feststellungen**

* **Teilnahmebeurteilung**Bitte Einschätzung abgeben und kurz begründen.

**Ggf. Besonderheiten/Auffälligkeiten**

**Übergabemanagement einschließlich Handlungsempfehlungen zur Unterstützung des Integrationsprozesses und ggf. Einbindung Netzwerkpartner:**

* **Maßnahmeteile bei einem Arbeitgeber**

Es wurden **keine** Maßnahmeteile bei einem Arbeitgeber/Betrieb durchgeführt.

Es wurden Maßnahmeteile bei folgendem/n Arbeitgeber(n)/Betrieb(en) durchgeführt:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Arbeitgeber (Name und Ort)** | **Tätigkeit** | **von - bis** |
|  |  |  |
|  |  |  |

* **Fehlzeiten der teilnehmenden Person**

keine Fehlzeiten

Anzahl der Tage:       davon:       unentschuldigt

* **Schwerpunkte des Aktivierungsplans/Ablaufplans (Datum und Beschreibung)**

**Bericht**

* **erstellt am:**       **von:**       (Verfasser)
* wurde mit der teilnehmenden Person besprochen