

Muster*(Stand: Dezember 2013)*

(wird durch den zuständigen Leistungsträger ausgefüllt)

Beitrag zum Teilhabeplan - „Unterstützte Beschäftigung“ nach § 38a SGB IX -

**Ergebnis des Planungsgesprächs nach § 13 Abs. 3 GE UB
(Gemeinsame Empfehlung „Unterstützte Beschäftigung“)**

Erstfassung <input type="checkbox"/>	Datum:	Fortschreibung <input type="checkbox"/>	Datum:
--------------------------------------	--------	---	--------

Hinweis: Bestandteil dieses Beitrages ist die aktuelle Leistungs- und Verhaltensbeurteilung (LuV). Die Angaben im Beitrag müssen für eine angemessene Fallbeurteilung vollständig sein und nur die wesentlichen Fakten beinhalten. Der Inhalt sollte auch für die UB-Teilnehmer/innen an der individuellen betrieblichen Qualifizierung verständlich sein.

Um diesen Anforderungen gerecht zu werden, sind

- nur die für die aktuelle Integrationsarbeit relevanten Tatsachen vorzusehen,
- knappe und kurze, aber aussagekräftige Formulierungen zu wählen,
- und Aussagen in verständlicher Sprache zu treffen.

A. Allgemeine Angaben**1. Teilnehmer/in Unterstützte Beschäftigung / Arbeitnehmer/in**

Herr/Frau: _____ Geburtsdatum: _____ Anschrift Straße: _____ PLZ: _____ Ort: _____	Gesetzliche/r Betreuer/in: Herr/Frau: _____
---	---

B. Angaben zum Arbeitsverhältnis**1. Arbeitgeber**

Name, Anschrift:
(vorgesehener) Beginn des Arbeitsverhältnisses: _____
Art der Tätigkeit: _____ _____

C. Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

1. Leistungen des Rehabilitationsträgers sowie Leistungen des Integrationsamts

1.1 Arbeitsverhältnis

1.1.1 Bedarf an Eingliederungs- (EGZ) / Lohnkostenzuschuss (LKZ) für Arbeitgeber vorhanden?

nein ja

Falls ja, welcher:

EGZ Rehabilitationsträger

LKZ – Integrationsamt (InA) nach § 27 SchwbAV zur Sicherung der Beschäftigung

sonstige: _____

Dauer der Förderung		Förderleistungen (in Prozent des Arbeitsentgelts)		
von / bis (Datum)	Anzahl Monate	EGZ	LKZ InA § 27 SchwbAV	Sonstige
/				
/				
/				
/				
/				
/				
/				
Gesamtdauer:				

Die Förderleistungen wurden zwischen den Leistungsträgern verbindlich abgestimmt:

nein ja

Wenn nein:

Was ist zu regeln?	
Bis wann?	
Durch wen?	Ansprechpartner/in:
	Telefon:
	E-Mail:
	Anschrift: _____

1.1.2 Weitere unterstützende Leistungen
Art
<input type="checkbox"/> Leistungen für technische Hilfen ggf. ergänzende Angaben zu Art und Umfang der Leistungen <hr/>
<input type="checkbox"/> Leistungen für Maßnahmen zur Erhaltung und Erweiterung beruflicher Kenntnisse ggf. ergänzende Angaben zu Art und Umfang der Leistungen <hr/>
<input type="checkbox"/> Leistungen zur behindertengerechten Einrichtung und Unterhaltung der Arbeitsstätte ggf. ergänzende Angaben zu Art und Umfang der Leistungen <hr/>
<input type="checkbox"/> Leistungen zur Durchführung der psychosozialen Betreuung ggf. ergänzende Angaben zu Art und Umfang der Leistungen <hr/>
<input type="checkbox"/> Leistungen für Gebärdendolmetscher ggf. ergänzende Angaben zu Art und Umfang der Leistungen <hr/>
<input type="checkbox"/> Leistungen für Arbeitsassistenz ggf. ergänzende Angaben zu Art und Umfang der Leistungen <hr/>
<input type="checkbox"/> Arbeitsdiagnostik ggf. ergänzende Angaben zu Art und Umfang der Leistungen <hr/>
<input type="checkbox"/> Training der sozialen und kommunikativen Kompetenzen ggf. ergänzende Angaben zu Art und Umfang der Leistungen <hr/>
<input type="checkbox"/> regelmäßige Einzelfallberatung von Arbeitgeber/in und Arbeitnehmer/in auf unterschiedlichen Betriebsebenen ggf. ergänzende Angaben zu Art und Umfang der Leistungen <hr/>
<input type="checkbox"/> Beratung bei Veränderung der Arbeitsorganisation/ Arbeitsbedingungen und die Begleitung ihrer Umsetzung ggf. ergänzende Angaben zu Art und Umfang der Leistungen <hr/>

<input type="checkbox"/> Gewährleistung einer innerbetrieblichen personellen Unterstützung ggf. ergänzende Angaben zu Art und Umfang der Leistungen

<input type="checkbox"/> Job Coaching ggf. ergänzende Angaben zu Art und Umfang der Leistungen

<input type="checkbox"/> Mehrfachanrechnung auf Pflichtarbeitsplätze ggf. ergänzende Angaben zu Art und Umfang der Leistungen

<input type="checkbox"/> Sonstige: ggf. ergänzende Angaben zu Art und Umfang der Leistungen

<input type="checkbox"/> keine weiteren unterstützenden Leistungen

2. Eine Information des/der Arbeitgebers/Arbeitgeberin (der/die den Arbeitsvertrag in Aussicht stellt) über die vorgesehenen Förderleistungen hat stattgefunden:	
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja

Wenn Ja:	
Wann?	
Wie?	
Durch wen?	
Anmerkungen	

Wenn Nein:	
Wann geplant?	
Wie geplant?	
Durch wen geplant?	
Anmerkungen	

3. Abstimmung im Planungsgespräch
<p>Die vorstehenden Angaben und Festlegungen</p> <p><input type="checkbox"/> entsprechen dem Ergebnis des Planungsgesprächs am _____</p> <p><input type="checkbox"/> sind zu folgenden Punkten noch abzuklären</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>

Ort, Datum

_____, _____

Unterschrift UB-Leistungserbringer

Unterschrift Reha-Träger

Unterschrift Integrationsamt

Der vorliegende Teilhabeplan wurde mit mir besprochen. Ich bin mit den Inhalten einverstanden.

Unterschrift UB-Teilnehmende/r