

Muster
(Stand: Dezember 2013)

(wird durch den beauftragten Leistungserbringer ausgefüllt und eingereicht)

<p>Beitrag zum Teilhabeplan - „Unterstützte Beschäftigung“ nach § 38a SGB IX - als Grundlage für das Planungsgespräch nach § 13 Abs. 3 GE UB (Gemeinsame Empfehlung „Unterstützte Beschäftigung“)</p>			
Erstfassung <input type="checkbox"/>	Datum: _____	Fortschreibung <input type="checkbox"/>	Datum: _____

Zuständiger Rehabilitationsträger für Teilhabeplan: _____ Ansprechpartner/in: _____ Tel.: _____	UB-Fachberater/in des Leistungserbringers: _____ Tel.: _____ ggf. Mehrfertigung an Integrationsamt: _____ Ansprechpartner/in: _____ Tel.: _____
--	---

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: _____ Bereiche und Umfang der Betreuung:
---	--

2. Zuordnung zur Zielgruppe / Personenkreis

2.2 <input type="checkbox"/> Schwerbehinderung festgestellt	<input type="checkbox"/> Gleichstellung/Zusicherung nach § 2 Abs. 3 SGB IX
Anmerkungen:	

B. Ermittlung und Feststellung des UB-Leistungserbringers zum Qualifizierungsbedarf auf der Basis einer umfassenden Arbeitsanalyse

1. ARBEITSANALYSE

1.1 Angaben zum Arbeitsverhältnis

Arbeitgeber/in / Antragsteller/in:

Branche:

Zahl der Arbeitsplätze in der Betriebsstätte:

- 1 bis 19
 20 bis 99
 100 bis 499
 500 und mehr
 keine Angabe möglich

Der / Die Teilnehmer/in ist im Qualifikationsbetrieb seit:

Arbeitsverhältnis:

Einstellungsdatum: _____ befristet bis: _____ unbefristet

Wochenendarbeit

bitte erläutern: _____

Schichtarbeit

bitte erläutern: _____

Wochenarbeitszeit: _____ Stunden (mindestens 15 Stunden/Woche)

Besondere Bedingungen (z.B. Bereitschaftsdienst, besondere Anforderungen/Belastungen o. ä.):

1.2 Arbeitsplatzbeschreibung

Arbeitsinhalte/-aufgaben:

Betriebliche Ansprechpartner/in:

Besondere Arbeitsplatzausstattung:

Nein

Ja und zwar: _____

2. Aussagen zu Fähigkeiten/Belastbarkeit, Ressourcen, Unterstützung und Zielerreichung

Auf die angefügte Leistungs- und Verhaltensbeurteilung (LuV) wird verwiesen.

C. Beurteilung der Notwendigkeit von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

1. Notwendigkeit von Leistungen des Rehabilitationsträgers sowie Leistungen des Integrationsamts aus Sicht des UB-Leistungserbringers

Arbeitsverhältnis

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: _____

1.2 Weitere unterstützende Leistungen:

Leistungen für technische Hilfen
ggf. ergänzende Angaben zu Art und Umfang der Leistungen

Leistungen für Maßnahmen zur Erhaltung und Erweiterung beruflicher Kenntnisse
ggf. ergänzende Angaben zu Art und Umfang der Leistungen

Leistungen zur behindertengerechten Einrichtung und Unterhaltung der Arbeitsstätte
ggf. ergänzende Angaben zu Art und Umfang der Leistungen

Leistungen zur Durchführung der psychosozialen Betreuung
ggf. ergänzende Angaben zu Art und Umfang der Leistungen

Leistungen für Gebärdendolmetscher
ggf. ergänzende Angaben zu Art und Umfang der Leistungen

Leistungen für Arbeitsassistenz
ggf. ergänzende Angaben zu Art und Umfang der Leistungen

Arbeitsdiagnostik
ggf. ergänzende Angaben zu Art und Umfang der Leistungen

<input type="checkbox"/> Training der sozialen und kommunikativen Kompetenzen ggf. ergänzende Angaben zu Art und Umfang der Leistungen <hr/> <hr/>
<input type="checkbox"/> regelmäßige Einzelfallberatung der Arbeitgeber und Arbeitnehmer auf unterschiedlichen Betriebsebenen ggf. ergänzende Angaben zu Art und Umfang der Leistungen <hr/> <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/> <hr/>
<input type="checkbox"/> Gewährleistung einer innerbetrieblichen personellen Unterstützung ggf. ergänzende Angaben zu Art und Umfang der Leistungen <hr/> <hr/>
<input type="checkbox"/> Job Coaching ggf. ergänzende Angaben zu Art und Umfang der Leistungen <hr/> <hr/>
<input type="checkbox"/> Mehrfachanrechnung auf Pflichtarbeitsplätze ggf. ergänzende Angaben zu Art und Umfang der Leistungen <hr/> <hr/>
<input type="checkbox"/> Sonstige: <hr/> <hr/>

Bestätigung für die Richtigkeit und Vollständigkeit von Angaben und Unterlagen

Alle von mir gemachten Angaben wurden fachlich neutral ermittelt, analysiert und bewertet.

Name UB-Fachberater/in: _____

Ort: _____

Datum: _____ Unterschrift UB-Fachberater/in

Der vorliegende Teilhabeplan wurde mit mir besprochen. Ich bin mit den Inhalten einverstanden. Ich stimme der Weitergabe an das Integrationsamt zu.

Name UB-Teilnehmende/r: _____

Ort: _____

Datum: _____ Unterschrift UB-Teilnehmende/r

Anlage:

Verlauf-LuV