

**Muster**  
*(Stand: Dezember 2013)*

(wird durch den beauftragten Leistungserbringer ausgefüllt und eingereicht)

<b>Beitrag zum Teilhabeplan</b> <b>- „Unterstützte Beschäftigung“ nach § 38a SGB IX -</b> <b>als Grundlage für das Planungsgespräch nach § 13 Abs. 3 GE UB</b> <b>(Gemeinsame Empfehlung „Unterstützte Beschäftigung“)</b>			
<b>Erstfassung</b> <input type="checkbox"/>	<b>Datum:</b>		
<b>Fortschreibung</b> <input type="checkbox"/>	<b>Datum:</b>		
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; padding: 5px;"> <b>Zuständiger Rehabilitationsträger für Teilhabeplan:</b>  <hr/> <b>Ansprechpartner/in:</b> _____  <b>Tel.:</b> _____             </td> <td style="width: 50%; padding: 5px;"> <b>UB-Fachberater/in des Leistungserbringens:</b>  <hr/> <b>Tel.:</b> _____  <b>ggf. Mehrfertigung an Integrationsamt:</b>  <hr/> <b>Ansprechpartner/in:</b> _____  <b>Tel.:</b> _____             </td> </tr> </table>		<b>Zuständiger Rehabilitationsträger für Teilhabeplan:</b> <hr/> <b>Ansprechpartner/in:</b> _____ <b>Tel.:</b> _____	<b>UB-Fachberater/in des Leistungserbringens:</b> <hr/> <b>Tel.:</b> _____ <b>ggf. Mehrfertigung an Integrationsamt:</b> <hr/> <b>Ansprechpartner/in:</b> _____ <b>Tel.:</b> _____
<b>Zuständiger Rehabilitationsträger für Teilhabeplan:</b> <hr/> <b>Ansprechpartner/in:</b> _____ <b>Tel.:</b> _____	<b>UB-Fachberater/in des Leistungserbringens:</b> <hr/> <b>Tel.:</b> _____ <b>ggf. Mehrfertigung an Integrationsamt:</b> <hr/> <b>Ansprechpartner/in:</b> _____ <b>Tel.:</b> _____		

**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

<b>1. Teilnehmer/in Unterstützte Beschäftigung / Arbeitnehmer/in</b>	
<b>Herr/Frau:</b> _____ <b>Geburtsdatum:</b> _____ <b>Anschrift</b> <b>Straße:</b> _____ <b>PLZ:</b> _____ <b>Ort:</b> _____	<b>Gesetzliche/r Betreuer/in:</b> <b>Herr/Frau:</b> _____  <b>Bereiche und Umfang der Betreuung:</b>

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

**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:**

<b>Branche:</b>	<b>Zahl der Arbeitsplätze in der Betriebsstätte:</b>
	<input type="checkbox"/> 1 bis 19 <input type="checkbox"/> 20 bis 99 <input type="checkbox"/> 100 bis 499 <input type="checkbox"/> 500 und mehr <input type="checkbox"/> keine Angabe möglich

**Der / Die Teilnehmer/in ist im Qualifikationsbetrieb seit:**

**Arbeitsverhältnis:**

Einstellungsdatum: _____	<input type="checkbox"/> befristet bis: _____	<input type="checkbox"/> unbefristet
<input type="checkbox"/> Wochenendarbeit	bitte erläutern: _____	
<input type="checkbox"/> 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:

<input type="checkbox"/> Nein
<input type="checkbox"/> 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-Leistungserbringens

##### 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"/> <b>Training der sozialen und kommunikativen Kompetenzen ggf. ergänzende Angaben zu Art und Umfang der Leistungen</b>	_____ _____
<input type="checkbox"/> <b>regelmäßige Einzelfallberatung der Arbeitgeber und Arbeitnehmer auf unterschiedlichen Betriebsebenen ggf. ergänzende Angaben zu Art und Umfang der Leistungen</b>	_____ _____
<input type="checkbox"/> <b>Beratung bei Veränderung der Arbeitsorganisation/ Arbeitsbedingungen und die Begleitung ihrer Umsetzung ggf. ergänzende Angaben zu Art und Umfang der Leistungen</b>	_____ _____
<input type="checkbox"/> <b>Gewährleistung einer innerbetrieblichen personellen Unterstützung ggf. ergänzende Angaben zu Art und Umfang der Leistungen</b>	_____ _____
<input type="checkbox"/> <b>Job Coaching ggf. ergänzende Angaben zu Art und Umfang der Leistungen</b>	_____ _____
<input type="checkbox"/> <b>Mehrfachanrechnung auf Pflichtarbeitsplätze ggf. ergänzende Angaben zu Art und Umfang der Leistungen</b>	_____ _____
<input type="checkbox"/> <b>Sonstige:</b>	_____ _____

**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