

Name des sbM:

Fallnummer:

Geburtsdatum:

Falldokument Jobcoaching^{AP}

Abschnitt 1: Einschaltung

Spätestens 4 Wochen nach Erhalt bei der KooSt einzureichen

Erstellt durch:

IFD: Wählen Sie ein Element a

Schwerbehinderter Mensch / Gleichstellung:

Name:	Geb.-Datum:	Tel:
E-Mail:		
Anschrift:		
Behinderung (laut Bescheid):	GdB: Wählen Sie ein Element a	
Leitbehinderung: Wählen Sie ein Element aus	Gleichstellung: Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	
Hintergrundinformationen zur Behinderung: (Ursachen, Zusatzerkrankungen, Medikamente, ...)		
Familienstand: Wählen Sie ein Element aus:		
Soziale Situation: (Wohnsituation, soziale Anbindung, ...)		
Rechtliche Betreuung: Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>		
Bereich:		
Arbeitsanamnese: (Arbeitslosigkeit, Beschäftigungsverhältnisse, ...)		
Höchster Schulabschluss: Wählen Sie ein Element aus:		

Name des sbM:

Fallnummer:

Geburtsdatum:

Arbeitgebende:

Name des Betriebs:	Inklusionsbetrieb: Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Anschrift:	Tel:
Branche: Wählen Sie ein Element aus: Sonstiges:	Anzahl Mitarbeitende: Wählen Sie ein Elemer
Ansprechperson / Funktion:	Tel:
E-Mail:	
Weitere Ansprechperson:	

Arbeitsplatz:

Arbeitsverhältnis: seit <input type="checkbox"/> unbefristet <input type="checkbox"/> befristet bis Kündigungsabsicht: Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Mtl. Bruttolohn: Wtl. Arbeitszeit: Verteilung der Arbeitszeit (Uhrzeiten): Von _____ Bis _____ <input type="text"/> Schichtdienst: Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Beamtenstatus: Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	
Tätigkeiten:	

Name des sbM:

Fallnummer:

Geburtsdatum:

Problembeschreibung:

Was war der Anlass für die Initiierung eines Jobcoachings?

Indikation für das Jobcoaching:

- Wiedereinstieg nach längerer Erkrankung oder nach befristeter Erwerbsminderungsrente
- Veränderung in der Belastbarkeit
- Unterstützung bei der Einarbeitung
- Störung der Arbeitsabläufe oder der Zusammenarbeit
- Veränderung betrieblicher Bedingungen
- neue Arbeitsaufgaben
- Sonstiges:

Sicht des Betriebes:

Name des sbM:

Fallnummer:

Geburtsdatum:

Sicht des sbM:

Fachdienstliche Einschätzung des IFD:

Wie schätzen Sie die folgenden Aussagen ein (1 = trifft überhaupt nicht zu, 10 = trifft völlig zu):

Der Betrieb ist an einer Fortsetzung des Arbeitsverhältnisses interessiert.

1 = trifft überhaupt nicht zu 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 10 = trifft völlig zu

Der Betrieb hat eine Kultur der Fehlertoleranz und Akzeptanz menschlicher Grenzen.

1 = trifft überhaupt nicht zu 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 10 = trifft völlig zu

Der sbM möchte bei dem/der Arbeitgebenden bleiben.

1 = trifft überhaupt nicht zu 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 10 = trifft völlig zu

Der sbM möchte seine Arbeitssituation verbessern.

1 = trifft überhaupt nicht zu 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 10 = trifft völlig zu

Es besteht eine Problemstellung, bei deren Lösung ein JC^{AP} hilfreich wäre.

1 = trifft überhaupt nicht zu 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 10 = trifft völlig zu

Name des sbM:

Fallnummer:

Geburtsdatum:

Erläuterungen / insbesondere Zusammenhang mit Behinderung ausführlich darstellen:

Bisherige Maßnahmen:

- Förderung durch andere Leistungsträger (Agentur für Arbeit/BG/DRV)
- Investitionskostenzuschüsse des Integrationsamtes
- Leistungen nach § 27 SchwbAV Antrag ist gestellt
- Arbeit ohne Hindernisse
- sonstige Leistungen:
- keine Maßnahmen

Fachdienstliche Interventionen:
(regelmäßige Begleitung, Krisenmanagement, ...)

Übergeordnete Ziele:
(Es müssen nicht alle Ziele eingegeben werden)

- 1.
- 2.
- 3.

Name des sbM:

Fallnummer:

Geburtsdatum:

Wünsche zum Matching:

Bitte keine Namensnennung von Jobcoaches. Konkrete Vorschläge können per Mail an die KooSt eingereicht werden.

Informationen zum sbM und zum Betrieb für das Matching

Persönliche Passung
Wünsche des sbM (z.B. Geschlecht, Alter etc.)
Einschätzung der IFD-Fachkraft: (z.B. besondere Eigenschaften der/des JC, Sympathie - was würde persönlich passen?)
Fachliche Passung (Hinweis: kann aus den Angaben oben herausgelesen werden)
Art der Behinderung: Wählen Sie ein Element aus
Branche: Wählen Sie ein Element aus:

Es wird bereits ein/eine Jobcoach/Jobcoachin per E-Mail vorgeschlagen: Ja Nein

Diesen Kasten nur bei HB-Fällen ausfüllen:

Aufgrund der Hörschädigung ist für das Kennenlerngespräch und die Maßnahmenplanung die Einschaltung/Beauftragung von

- Gebärdensprach-
- Schrift-

Dolmetschenden erforderlich.

Mitgeschickte Dokumente:

- Antrag JC^{AP}
- Feststellungsbescheid
- Ausweis oder Gleichstellung
- Arbeitsvertrag

Datum:

Name des sbM:

Fallnummer:

Geburtsdatum:

Abschnitt 2: Stellungnahme Koordinierungsstelle

Erstellt durch:

Bitte um Genehmigung, da die Indikatoren für das Jobcoaching^{AP} vorliegen.

Jobcoaching wird nicht empfohlen, da die Indikatoren nicht vorliegen.

Begründung:

Datum:

Abschnitt 3: Genehmigung der Maßnahmeplanung

Erstellt durch:

Genehmigung der Maßnahmeplanung: Ja Nein

Aktenzeichen:

Sachbearbeitung:

Kontaktdaten: jobcoaching.ap@ls.niedersachsen.de

Diesen Kasten nur bei HB-Fällen ausfüllen:

Genehmigung der Dolmetschendenleistung für die Maßnahmenplanung:

Ja Nein

Datum:

Name des sbM:

Fallnummer:

Geburtsdatum:

Abschnitt 4: Matching

Erstellt durch:

Kriterien für die Auswahl der/des JC: (Hinweis: es muss nicht alles angekreuzt werden)

Persönliche Passung
Wünsche des sbM werden erfüllt: Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Einschätzung der IFD-Fachkraft wird erfüllt: Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Fachliche Passung
<input type="checkbox"/> berufliche Vorerfahrung vorhanden
<input type="checkbox"/> methodische Kompetenzen passen zu den Anforderungen des sbM
<input type="checkbox"/> Branchenkenntnisse liegen vor
<input type="checkbox"/> Interesse an der ausgeführten Tätigkeit liegt vor
<input type="checkbox"/> Erfahrungen mit der Art der Behinderung (evtl. Spezialisierungen)
Wirtschaftlichkeit
<input type="checkbox"/> JC ist verfügbar
<input type="checkbox"/> Fahrtweg vertretbar
Begründung:

Welche/r Jobcoach/Jobcoachin ist es geworden?

Wann kann der/die Jobcoach/Jobcoachin starten?

externer Jobcoach/Jobcoachin

IFD-Jobcoach/-Jobcoachin

Datum:

Name des sbM:

Fallnummer:

Geburtsdatum:

Abschnitt 5: Kennenlernen JC/sbM

Spätestens nach 2 Wochen beim JC einzureichen – KooSt in CC setzen
(kooSt-jobcoaching.ap@ls.niedersachsen.de)

Bitte Abtretungserklärung und Entbindungserklärung an die KooSt schicken! Wenn der/die Jobcoach/Jobcoachin noch vor dem Kennenlerngespräch den Einschaltbogen wünscht, muss die Entbindungserklärung bereits vorher mitgeschickt werden.

Erstellt durch:

Dokumentation Kennenlerngespräch zwischen JC/sbM

(Kann ggf. auch im Rahmen des Betriebsgespräches stattfinden, falls Beteiligte sich bereits kennen)

Datum des Gesprächs:

Inhalt des Gesprächs:

sbM kann sich Zusammenarbeit vorstellen: Ja Nein

(falls nein, zurück zur KooSt)

Betriebsgespräch

Datum des Gesprächs:

Inhalt des Gesprächs:

Name des sbM:

Fallnummer:

Geburtsdatum:

Diesen Kasten nur bei HB-Fällen ausfüllen:

Folgende Dolmetschende waren im Kennenlerngespräch im Einsatz:

Name, Adresse, E-Mail

Name, Adresse, E-Mail

Datum:

Abschnitt 6: Planung der Maßnahme

Spätestens 4 Wochen nach Erhalt des Falldokumentes bei der KooSt einzureichen

Erstellt durch:

Grundlage der erfassten Daten und Einschätzungen:

<input type="checkbox"/>	Einschaltbogen vom IFD (Daten über den sbM, den Betrieb, die Problemstellung im Abschnitt 1)
<input type="checkbox"/>	Ärztliche/psychologische Gutachten
<input type="checkbox"/>	Feststellungsbescheid
<input type="checkbox"/>	Klientengespräch
<input type="checkbox"/>	Soziales Umfeld (Eltern, Freunde/Freundinnen, Therapierende, Lehrende)
<input type="checkbox"/>	sbM oder Mitarbeitende wurde bereits im Vorfeld unterstützt
<input type="checkbox"/>	Gespräche mit Betriebsleitung
<input type="checkbox"/>	Gespräche mit betrieblichen Paten/Patinnen bzw. Kollegen/Kolleginnen
<input type="checkbox"/>	Sonstiges:

Diesen Kasten nur bei HB-Fällen ausfüllen:

Einschaltung/Beauftragung von

Gebärdensprachdolmetschenden

Schriftdolmetschenden

Name des sbM:

Fallnummer:

Geburtsdatum:

Arbeitsplatzbegehung / -beobachtung

Wesentliche
Informationen
fehlen

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Komplexe
Informationen
vorhanden

Angaben zum Betrieb

Betriebsbeschreibung (ergänzende Infos zu Abschnitt 1: Geschichte, weitere Betriebszweige)

Arbeitsplatz- und Aufgabenbeschreibung (ergänzende Infos zu Abschnitt 1: Arbeitsplatz, Aufgaben, Arbeitszeit)

Situationsbeschreibung aus Sicht des Arbeitnehmers (Bisherige Entwicklung, aktuelle Situation, Erwartungen an Arbeitgebende und Jobcoaching, Mitwirkungsinteresse)

Name des sbM:

Fallnummer:

Geburtsdatum:

Situationsbeschreibung aus Sicht des/der Arbeitgebenden *(Bisherige Entwicklung, aktuelle Situation, Erwartungen an sbM und Jobcoaching, Mitwirkungsinteresse)*

Persönliche Einschätzung des/der Jobcoaches/Jobcoachin

Ergebnis

Auftrag zum Jobcoaching wird nicht angenommen.

Begründung:

Wenn der Auftrag nicht angenommen wird, wird das Dokument hier beendet und geht zurück an die KooSt.

Name des sbM:

Fallnummer:

Geburtsdatum:

Jobcoaching kann wie folgt durchgeführt werden:

Kopplungsfenster	Arbeitgebende	Arbeitnehmende
Bedarfe	Was benötigt der AG?	Was benötigt der AN?
Ressourcen	Was bietet der AG?	Was bietet der AN?

Name des sbM:

Fallnummer:

Geburtsdatum:

Ziele (SMART) (Es müssen nicht alle Ziele eingegeben werden)	Aktuelle Situation	Geplante Maßnahmen/Methodischer Ansatz

Muster

Abschnitt 6: Planung der Maßnahme - JC

Name des sbM:

Fallnummer:

Geburtsdatum:

Ziele (SMART) (Fortsetzung)	Aktuelle Situation	Geplante Maßnahmen/Methodischer Ansatz

Muster

Abschnitt 6: Planung der Maßnahme - JC

Name des sbM:

Fallnummer:

Geburtsdatum:

Geplanter Beginn: <i>frühestens zwei Wochen nach Übersendung an KooSt möglich</i>	
Gesamtstundenanzahl: Laufzeit (Monate): Die Gesamt JC-Stunden setzen sich wie folgt zusammen: Selbstintegrationsphase: Interventionsphase: Stabilisierungsphase/ Abschluss: Kooperationsgespräche: Berichtszeiten: Geschätzte Fahrtzeit (einfache Fahrt): km (einfache Fahrt): Geplante Anfahrten:	
Vorschläge für weitere Unterstützungsleistung:	

Diesen Kasten nur bei HB-Fällen ausfüllen:

Die geplanten Dolmetscheneinsätze setzen sich wie folgt zusammen:

Dauer bzw. Stundenumfang:

Geschätzte Fahrtzeit:

km:

Geplante Anfahrten:

Bitte folgende Dokumente an KooSt senden:

Leistungsnachweis

Vereinbarung zur Zusammenarbeit

Datum:

Name des sbM:

Fallnummer:

Geburtsdatum:

Abschnitt 7: Empfehlung Koordinierungsstelle

Erstellt durch:

Stellungnahme/Empfehlung:

Muster

Datum:

Abschnitt 8: Bewilligung JC

Erstellt durch:

Bewilligung des Jobcoaching^{AP}: Ja Nein Bewilligte Stunden

Dauer der Maßnahme von – bis:

Aktenzeichen:

Begründung, wenn abgelehnt:

Muster

Bescheid und Ausfertigungen an KooSt und JC abgeschickt am:

Datum:

Name des sbM:

Fallnummer:

Geburtsdatum:

Abschnitt 9: Kontaktaufnahme mit allen Beteiligten

Erstellt durch:

Information an IFD:

Ja Nein

Information an Jobcoach/Jobcoachin:

Ja Nein

Bemerkungen (bei Problemen):

Dieser Kasten gilt nur bei HB-Fällen:

Erinnerung: IFD unterstützt sbM beim Zurückschicken der Abtretungserklärung für Dolmetschende an das InA

Datum:

Abschnitt 10: Durchführung des Jobcoaching^{AP}:

Spätestens 2 Wochen nach dem Zwischengespräch bzw. zur angegebenen Frist bei der KooSt einzureichen

Erstellt durch:

Zwischengespräch:

Wer:

Wann:

Bisher geleistete Stunden:

Offene Stunden:

Maßnahmeverlauf/Dokumentation des Gesprächs:

Name des sbM:

Fallnummer:

Geburtsdatum:

Maßnahmeverlauf/Dokumentation des Gesprächs:



Name des sbM:

Fallnummer:

Geburtsdatum:

Ergebnisse des Jobcoachings

Ziele (SMART)	Vorherige Situation	Durchgeführte Maßnahmen/Methodischer Ansatz	Aktuelle Situation

Muster

Name des sbM:

Fallnummer:

Geburtsdatum:

Ziele (SMART) (Fortsetzung)	Vorherige Situation	Durchgeführte Maßnahmen/Methodischer Ansatz	Aktuelle Situation

Datum:

Name des sbM:

Fallnummer:

Geburtsdatum:

Abschnitt 10.1: Verlängerung des Jobcoaching^{AP}

Spätestens 4 Wochen vor Ende des Bewilligungszeitraumes bei der KooSt einzureichen

Wichtig: Antrag auf Verlängerung muss durch die IFD-Fachkraft bei der KooSt eingehen

Erstellt durch:

Bisher geleistete Stunden:

Offene Stunden:

Ggf. Anpassung der Ziele und **Begründung der Notwendigkeit:**

Beantragte Stunden:

Beantragte Dauer:

Datum:

Die Abschnitte 10.2 bis 10.8 sind nur auszufüllen, wenn eine oder zwei Verlängerungen notwendig sind. Sonst weiter mit Abschnitt 11

Abschnitt 10.2: (nur, wenn Verlängerung notwendig)

Erstellt durch:

Empfehlung KooSt:

Datum:

Abschnitt 10.1: Verlängerung des
Jobcoaching - JC

Abschnitt 10.2 - KooSt

Name des sbM:

Fallnummer:

Geburtsdatum:

Abschnitt 10.3 Bewilligung 1. Verlängerung JC

Erstellt durch:

Bewilligung der Verlängerung: Ja Nein Bewilligte Stunden:

Dauer der Maßnahme von – bis:

Aktenzeichen:

Begründung, wenn abgelehnt:

Datum:

Abschnitt 10.4: Information aller Beteiligten

Erstellt durch:

Information an IFD: Ja Nein

Information an Jobcoach/Jobcoachin: Ja Nein

Bemerkungen (bei Problemen):

Datum:

Name des sbM:

Fallnummer:

Geburtsdatum:

Abschnitt 10.5: erneute Verlängerung des JC (nach der 1. Verlängerung)

Spätestens 4 Wochen vor Ende des Bewilligungszeitraumes bei der KooSt einzureichen

Wichtig: Antrag auf Verlängerung muss durch die IFD-Fachkraft bei der KooSt eingehen

Erstellt durch:

Bisher geleistete Stunden:

Offene Stunden:

Ggf. Anpassung der Ziele und **Begründung der Notwendigkeit:**

Beantragte Stunden:

Beantragte Dauer:

Datum:

Die Abschnitte 10.2 bis 10.8 sind nur auszufüllen, wenn eine oder zwei Verlängerungen notwendig sind. Sonst weiter mit Abschnitt 11

Abschnitt 10.6: (nur, wenn erneute Verlängerung notwendig)

Erstellt durch:

Empfehlung KooSt:

Datum:

Abschnitt 10.5: erneute Verlängerung des Jobcoaching - JC

Abschnitt 10.6- KooSt

Name des sbM:

Fallnummer:

Geburtsdatum:

Abschnitt 10.7 Bewilligung 2. Verlängerung JC

Erstellt durch:

Bewilligung der Verlängerung: Ja Nein Bewilligte Stunden:

Dauer der Maßnahme von – bis:

Aktenzeichen:

Begründung, wenn abgelehnt:

Datum:

Abschnitt 10.8: Information aller Beteiligten

Erstellt durch:

Information an IFD: Ja Nein

Information an Jobcoach/Jobcoachin: Ja Nein

Bemerkungen (bei Problemen):

Datum:

Abschnitt 10.7 - JoSt

Abschnitt 10.8 - KooSt

Name des sbM:

Fallnummer:

Geburtsdatum:

Abschnitt 11: Abschluss

Spätestens 4 Wochen nach dem Abschlussgespräch bzw. Ende des Bewilligungszeitraumes bei der KooSt einzureichen

Erstellt durch:

Abschlussgespräch:

Wer:

Wann:

Geleistete Stunden:

Dokumentation/Beschreibung des Maßnahmeverlaufs

Name des sbM:

Fallnummer:

Geburtsdatum:

Dokumentation/Beschreibung des Maßnahmeverlaufs



Muster

Name des sbM:

Fallnummer:

Geburtsdatum:

Ergebnisse des Jobcoachings

Ziele (SMART)	Vorherige Situation	Durchgeführte Maßnahmen/Methodischer Ansatz	Aktuelle Situation

Muster

Name des sbM:

Fallnummer:

Geburtsdatum:

Ziele (SMART) (Fortsetzung)	Vorherige Situation	Durchgeführte Maßnahmen/Methodischer Ansatz	Aktuelle Situation

Muster

Abschnitt 11: Abschluss - JC

Name des sbM:

Fallnummer:

Geburtsdatum:

Ergebnis der Maßnahme:

Arbeitsverhältnis beendet:

Arbeitsverhältnis fortgesetzt:

Wenn Arbeitsverhältnis beendet:

- Einvernehmliche Auflösung des Arbeitsverhältnisses
- Kündigung durch Arbeitgebende
- Eigenkündigung des sbM
- Befristetes Arbeitsverhältnis nicht verlängert

Wenn Arbeitsverhältnis fortgesetzt:

- unverändert
- Arbeitsplatzanpassung
- Arbeitsplatzwechsel
- Aufgabenanpassung
- Sonstiges:

Prognose (Nachhaltigkeit, Perspektive, zukünftiger Unterstützungsbedarf)

Datum:

Name des sbM:

Fallnummer:

Geburtsdatum:

Abschnitt 12: Vollständigkeitsprüfung

Erstellt durch:

Abschlussbericht an IFD gesendet: Ja Nein

Dokument ans InA gesendet: Ja Nein

Reflexion mit JC und IFD: Ja Nein

Datum der Reflexion:

Ergebnisse der Reflexion:

Datum:

Abschnitt 13: Beendigung der Maßnahme

Erstellt durch:

Tatsächlich durchgeführte Stunden:

Dauer der gesamten Maßnahme (in Wochen):

Stundenanzahl für die bewilligten Verlängerungen:

Anzahl und Dauer der bewilligten Verlängerungen (in Wochen):

Dokument versandt an KooSt zur abschließenden Speicherung: Ja Nein

Datum: