|  |  |
| --- | --- |
| Absender IFD | Fachberater/in: Tel:       |
| Empfänger : KVJS – Integrationsamt –Ansprechpartner/in:       | Mehrfertigung an:      Ansprechpartner/in:       |

|  |  |
| --- | --- |
| **Teilhabeplan** |  |
| **Erstfassung [ ]  Datum:**  | **Fortschreibung [ ]**  **Datum:** |

|  |
| --- |
| **[ ]  Arbeit Inklusiv – Inklusionsprämien** |
| **[ ]  Arbeit Inklusiv – Ergänzender Lohnkostenzuschüsse Integrationsamt (nur für wesentlich b. Menschen)** |
| **[ ]  Abgeltung außergewöhnlicher Belastungen nach § 27 SchwbAV** |
| **[ ]  Ergänzende Lohnkostenzuschüsse d. Eingliederungshilfeträger (nur für wesentlich behinderte Menschen)** |
| **[ ]  Abgeltung des besonderen Aufwandes (§ 134 SGB IX) für Integrationsunternehmen** |
| **[ ]  Leistungen nach dem Förderprogramm Ausbildung Inklusiv** |
| **[ ]  Sonstiges:** |

|  |
| --- |
| **A. Allgemeine Angaben** |
| **1. Arbeitnehmer** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Herr/Frau**geboren      Straße      PLZ      Ort       | **Gesetzliche/r Betreuer/in:**Herr/Frau       |

|  |
| --- |
| **2. Zuordnung zur Zielgruppe / Personenkreis** |

|  |  |
| --- | --- |
| 2.1 IFD- Betreuung seit:  |  |
| 2.2 Einleitende Stelle:  *(kommt von/aus/über zum IFD)*  |
| 2.3 Art der Behinderung:  |
| 2.4 [ ]  Anerkennung der Schwerbehinderung: Grad der Behinderung:  [ ]  Gleichstellung nach § 2 Abs. 3 SGB IX [ ]  Gleichstellung nach § 68 Abs. 4 SGB IX *(nur für Schüler und Auszubildende)* |
| 2.5 [ ]  war/ist Schüler/in einer Sonderschule für: [ ]  lernbehinderte Menschen *(Förderschule)* bis zum  [ ]  sehbehinderte Menschen bis zum  [ ]  hörbehinderte Menschen bis zum  [ ]  Menschen mit Epilepsie bis zum  [ ]  Sonstige: bis zum 2.6 [ ]  war/ist integrativ beschult  [ ]  Sonderpädagogischer Förderbedarf ist festgestellt  [ ]  Sonderpädagogischer Förderbedarf kann nicht festgestellt werden Staatliches Schulamt:  |
| 2.7 [ ]  war / ist Mitarbeiter/in der WfbM von  bis 2.8 [ ]  war / ist Teilnehmer/in von KoBV von  bis 2.9 [ ]  war / ist Teilnehmer/in von BVE von  bis 2.10 [ ]  war / ist Schüler/in der G-Schule von  bis 2.11 [ ]  Sonstige Begründung:       *(für eine* ***erhöhte*** *Förderung nach § 27 SchwbAV Werkstattvermeidung)***Schulischer und beruflicher Werdegang**:       *(ist bei 2.11 zwingend)* |

|  |
| --- |
| 2.12 [ ]  **Arbeit Inklusiv -** § 1 Abs. 3 Vermeidung einer WfbM-Aufnahme *(Bei Personen, die weder Übergänger aus Schulen noch aus WfbM sind, muss der schulische und berufliche Werdegang dargestellt sowie der überdurchschnittliche Förderbedarf individuell begründet werden.)***Schulischer und beruflicher Werdegang:**       *(sofern nicht bereits bei 2.11 dargestellt)* **Begründung:**       |
| 2.13 Zuordnung zur Zielgruppe der wesentlich behinderten Menschen nach § 53 Abs. 3 SGB XII durch den zuständigen Eingliederungshilfeträger:       [ ]  wurde bereits festgestellt [ ]  muss noch festgestellt werdenErläuterungen:       |
| 2.14 Zusatzangaben für Quereinsteiger zur Heranführung an eine betriebliche Berufsausbildung:   [ ]  Berufswegekonferenz wurde am       durchgeführt.  Beteiligte an der Berufswegekonferenz:       [ ]  Betriebliche Erprobung wurde durch den IFD von       bis        durchgeführt u. ausgewertet.  Arbeitgeber:       Ausbildungsverhältnis wurde zum:       vereinbart [ ]  Betreuung durch den IFD ist auch während der betrieblichen Berufsausbildung erforderlichErläuterungen:       |
| 2.15 Zuordnung zur Zielgruppe nach § 132 SGB IX (nur für Beschäftigte in Integrationsprojekten) [ ]  ist wegen Art und Auswirkung der Behinderung nach § 132 Abs. 2 i.V.m. § 72 SGB IX besonders betroffen[ ]  kann trotz intensiver Bemühungen des IFD und Ausschöpfen aller Fördermöglichkeiten nicht in ein Beschäftigungsverhältnis am sonstigen allgemeinen Arbeitsmarkt vermittelt werden [ ]  kann dieser Zielgruppe nicht zugeordnet werdenErläuterungen:      |

|  |
| --- |
| **B. Ermittlungen und Feststellungen des IFD zur Leistungsbegründung auf der** **Basis einer umfassenden Arbeitsanalyse** |

|  |
| --- |
| **1. A R B E I T S A N A L Y S E** |

|  |
| --- |
| 1.1 Allgemeine Angaben zur Arbeitsanalyse |

|  |
| --- |
| Arbeitsanalyse erstellt von:      Erfassungsdatum:      Ansprechpartner bei der Erstellung:      Die Arbeitsanalyse beruht auf Erkenntnissen aus der vom IFD organisierten und begleiteten[ ]  betrieblichen Erprobung vom:       bis:      [ ]  Betreuung in der bisherigen Arbeitsstätte / am gewohnten Arbeitsplatz |

|  |
| --- |
| 1.2 Angaben zum Arbeitsverhältnis / Ausbildungsverhältnis |

|  |
| --- |
| **Arbeitnehmer (Name, Vorname):**       |
| **Arbeitgeber / Antragsteller:**       |
| [ ]  Allgemeiner Arbeitsmarkt | [ ]  Integrationsprojekt |
| **Branche**:       |
| **Angaben bei Ausbildungsverhältnissen: Beginn:**       **Dauer:**       (in Monate) **Ausbildungsberuf:**      [ ]  Vollausbildung *(im Sinne der §§ 4 Abs. 1 BBiG bzw. 25 Abs. 1 Satz 1 HWO)* [ ]  Nachteilsausgleiche bei Vollausbildung:       *(im Sinne der §§ 64 BBiG)* [ ]  Theoriereduzierte Ausbildung *(§§ 66 BBIG bzw. 42 HWO)*[ ]  Kammerregelung von       liegt vor Berufsschule:       |
| **Angaben bei Arbeitsverhältnissen:** |
| Einstellungsdatum:       | [ ]  befristet bis:       | [ ]  unbefristet |
| Feste Arbeitszeit [ ]  | Beginn:       Uhr | Ende:       Uhr |
| Flexible Arbeitszeit [ ]  | Kernzeit von:       Uhr | bis:       Uhr |
| Schichtarbeit: [ ] bitte erläutern:       |
|

|  |
| --- |
| Sonstige Arbeitszeitregelungen:       |
| Wochenarbeitszeit:       Stunden *(mindestens 15 Stunden/Woche)* |
| Besondere Umgebungseinflüsse *(z.B.: Staub, Hitze, Lärm):* |
|      Sonstige Bedingungen *(z.B. Bereitschaftsdienst, besondere Anforderungen/Belastungen o. ä.):* |
|       |

 |

|  |
| --- |
| **1.3 Arbeitsplatzbeschreibung** |

|  |
| --- |
| Arbeitsinhalte/-aufgaben: |
|       |

|  |
| --- |
| Arbeitsplatzumfeld (räumlich/personell): |
|       |

|  |
| --- |
| Arbeitsplatzausstattung: |
|       |
| **2. Aussagen zu den Fähigkeiten, Leistungen und zur Belastbarkeit** |

|  |
| --- |
| **2.1 Grundbedingungen** |

|  |
| --- |
| Inwiefern erfüllt der Arbeitnehmer folgende Grundbedingungen (bitte Zutreffendes ankreuzen):* Pünktlichkeit [ ]  Ja [ ]  Teilweise [ ]  Nein
* Geringe Fehlzeiten [ ]  Ja [ ]  Teilweise [ ]  Nein
* Arbeitsmotivation [ ]  Ja [ ]  Teilweise [ ]  Nein
* Zuverlässigkeit [ ]  Ja [ ]  Teilweise [ ]  Nein

Erläuterungen:       |

|  |
| --- |
| **2.2 Basisfähigkeiten** |

|  |
| --- |
| 2.2.1 Ist der Arbeitnehmer in der Lage, sich über einen vereinbarten Zeitraum auf seine Arbeitstätigkeit zu konzentrieren? [ ]  Ja [ ]  Teilweise [ ]  NeinErläuterungen:       |
| 2.2.2 Ist der Arbeitnehmer in der Lage, seine verrichtete Arbeit auf Vollständigkeit und Fehler zu kontrollieren? [ ]  Ja [ ]  Teilweise [ ]  Nein Erläuterungen:       |
| 2.2.3 Ist der Arbeitnehmer in der Lage, Anweisungen seines Vorgesetzten zu erfassen und zeitnah umzusetzen? [ ]  Ja [ ]  Teilweise [ ]  NeinErläuterungen:       |
| 2.2.4 Ist der Arbeitnehmer in der Lage, seine Arbeit sinnvoll und eigenständig zu organisieren? [ ]  Ja [ ]  Teilweise [ ]  NeinErläuterungen:       |
| 2.2.5 Ist der Arbeitnehmer in der Lage, sich Änderungen im Arbeitsablauf anzupassen? [ ]  Ja [ ]  Teilweise [ ]  NeinErläuterungen:       |
| 2.2.6 Ist der Arbeitnehmer in der Lage, Verantwortung für seine Arbeit zu übernehmen? [ ]  Ja [ ]  Teilweise [ ]  NeinErläuterungen:       |
| 2.2.7 Ist der Arbeitnehmer in der Lage, Entscheidungen selbständig und zeitnah zu treffen? [ ]  Ja [ ]  Teilweise [ ]  NeinErläuterungen:       |

|  |
| --- |
| **2.3 Belastbarkeit und Arbeitsergebnis** |

|  |
| --- |
| 2.3.1 Ist der Arbeitnehmer für die übertragenen Aufgaben ausreichend belastbar? [ ]  Ja [ ]  Teilweise [ ]  Nein Erläuterungen:       |
| 2.3.2 Ist der Arbeitnehmer in der Lage, mit Stresssituationen umzugehen? [ ]  Ja [ ]  Teilweise [ ]  Nein Erläuterungen:       |
| 2.3.3 Kann der Arbeitnehmer auch unter Belastung das geforderte Arbeitsergebnis erbringen? [ ]  Ja [ ]  Teilweise [ ]  Nein Erläuterungen:       |
| 2.3.4 Entspricht die Arbeitsgeschwindigkeit des Arbeitnehmers den betriebsüblichen Erwartungen? [ ]  Ja [ ]  Teilweise [ ]  Nein Erläuterungen:       |
| 2.3.5 Entspricht die Arbeit des Arbeitnehmers der geforderten Qualität? [ ]  Ja [ ]  Teilweise [ ]  Nein Erläuterungen:       |
| 2.3.6 Kann der Arbeitnehmer die geforderte Arbeitsmenge konstant und kalkulierbar leisten? [ ]  Ja [ ]  Teilweise [ ]  Nein Erläuterungen:       |

|  |
| --- |
| **2.4 Soziale Fähigkeiten** |

|  |
| --- |
| 2.4.1 Ist der Arbeitnehmer in der Lage, konstruktive Kritik zu üben? [ ]  Ja [ ]  Teilweise [ ]  Nein Erläuterungen:       |
| 2.4.2 Ist der Arbeitnehmer in der Lage, konstruktive Kritik anzunehmen? [ ]  Ja [ ]  Teilweise [ ]  Nein Erläuterungen:       |
| 2.4.3 Ist der Arbeitnehmer in der Lage, mit Kollegen zusammen zu arbeiten? [ ]  Ja [ ]  Teilweise [ ]  Nein Erläuterungen:       |
| 2.4.4 Entspricht die Kommunikationsfähigkeit des Arbeitnehmers den Anforderungen? [ ]  Ja [ ]  Teilweise [ ]  Nein Erläuterungen:       |

|  |
| --- |
| **2.5 Qualifikation** |

|  |
| --- |
| 2.5.1 Verfügt der Arbeitnehmer über die erforderliche berufliche Qualifikation? [ ]  Ja [ ]  Teilweise [ ]  Nein Erläuterungen:       |
|  |

|  |
| --- |
| 2.5.2 Kann der Arbeitnehmer seine beruflichen Kenntnisse und Erfahrungen einbringen? [ ]  Ja [ ]  Teilweise [ ]  Nein Erläuterungen:       |
|  |

|  |
| --- |
| **2.6 Zusammenfassende Bewertung der Auswirkungen der Behinderung auf die Teilhabe am Arbeitsleben sowie Prognose zur weiteren Entwicklung** |

|  |
| --- |
| 2.6.1 Erforderliche Gestaltung/Anpassung der Arbeitsbedingungen |
|       |

|  |
| --- |
| 2.6.2 Auswirkungen der Behinderung auf den personellen Unterstützungsbedarf |
|       |

|  |
| --- |
| 2.6.3 Auswirkungen der Behinderung auf die Leistungsfähigkeit |
|       |

|  |
| --- |
| 2.6.4 Sonstige Problemstellung / Schwierigkeiten |
|       |

|  |
| --- |
| 2.6.5 Zusammenfassung a) Bewertung der Teilhabesituation      b) Darstellung und Begründung des vom IFD festgestellten Förderbedarfs:       c) Teilhabeprognose:       |
|  |

|  |
| --- |
| **C. Notwendige Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben** |

|  |
| --- |
| 1. Arbeitsverhältnisse |

|  |
| --- |
| [ ]  Arbeit Inklusiv – Inklusionsprämien[ ]  EGZ Arbeitsagentur / Rehabilitationsträger [ ]  Arbeit Inklusiv – Ergänzung durch das Integrationsamt  [ ]  LKZ – InA nach § 27 SchwbAV zur Sicherung der Beschäftigung (Zielgruppe Aktion 1000) [ ]  Ergänzender LKZ der Eingliederungshilfe (eLKZ/EH) [ ]  Abgeltung des besonderen Aufwandes (Integrationsprojekten nach § 132 ff SGB IX) |
| Dauer der Förderung | Förderbedarf und Förderleistungen in Prozentwerten |
| von / bis (Datum) | Anzahl Monate | EGZ  | Ergänzung InA  | LKZ InA § 27 SchwbAV | eLKZ/EH | SummeFörderung |
|       /       |       |       |       |  |  |       |
|       /       |       |       |       |  |  |       |
|       /       |       |       |       |  |  |       |
|       /       |       |       |       |  |  |       |
|       /       |       |  |  |       |       |       |
|       /       |       |  |  |       |       |       |
|       /       |       |  |  |       |       |       |
| Gesamtdauer: |       |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **2. Abstimmung der vor- und nachrangigen Förderleistungen** |

|  |
| --- |
| **2.1 Eingliederungszuschüsse der Arbeitsagenturen / Rehabilitationsträger****[ ]  Die EGZ wurden mit dem zuständigen Leistungsträger verbindlich abgestimmt** Zuständiger Leistungsträger:       Ansprechpartner:       Telefon:       E-Mail:       Anschrift:      Erläuterungen:       |

|  |
| --- |
| **2.2 Ergänzende Lohnkostenzuschüsse aus Mitteln der Eingliederungshilfe (eLKZ/EH)** *(Nur für wesentlich behinderte Menschen i. S. d § 53 Abs. 3 SGB XII i.V.m. § 53 Abs. 1 Satz 1 SGB XII)***[ ]  Die eLKZ/EH wurden mit dem zuständigen Leistungsträger verbindlich abgestimmt****[ ]  Die eLKZ/EH werden im Auftrag durch das Integrationsamt ausgeführt****[ ]  Die eLKZ/EH werden derzeit noch durch den Träger der Eingliederungshilfe ausgeführt** **Zuständiger Leistungsträger:**        Ansprechpartner:       Telefon:       E-Mail:       Anschrift:      Erläuterungen:       |

|  |
| --- |
| 3. Ausbildungsverhältnisse |

|  |
| --- |
| 3.1 Vorrangige Leistungen der Arbeitsagenturen / Rehabilitationsträger |
|  | Höhe | Dauer |
| [ ]  Zuschüsse zur Ausbildungsvergütung |       |       |
| [ ]  Ausbildungsbegleitende Hilfen |       |       |
| [ ]  Technische Arbeitshilfe |       |       |
| [ ]  GSD-Leistungen |       |       |
| [ ]  Arbeitsassistenz |       |       |
| [ ]  Sonstige:       |       |       |
| 3.2 [ ]  Betreuungspauschalen nach Ausbildung Inklusiv des KVJS – Integrationsamt |

|  |
| --- |
| **4. Folgende Unterlagen müssen dem Teilhabeplan beigefügt werden:**  |

|  |
| --- |
| 4.1 Antrag des Arbeitgebers im Original 4.2 Arbeits-/Ausbildungsvertrag 4.3 Kopie Sb-Ausweis / Gleichstellungsbescheid / Feststellung nach § 68 Abs. 4 SGB IX 4.4 Anerkennungsbescheid (sbM) nur bei Integrationsprojekten Erläuterungen:       Nur soweit bereits vorhanden: [ ]  Verbindliche Zusage vom Träger der Eingliederungshilfe zum eLKZ/EH |

|  |
| --- |
| **5. Folgende Unterlagen müssen vom Arbeitgeber vorgelegt bzw. nachgereicht werden:**  |

|  |
| --- |
| 5.1 Bescheid EGZ5.2 Bescheid Zuschuss zur Ausbildungsvergütung[ ]  Bestätigung des IFD zur Information des Arbeitgebers: Ich habe den Arbeitgeber darauf hingewiesen, dass der Bescheid über EGZ bzw. über den Zuschuss zur Ausbildungsvergütung dem Integrationsamt zwingend vorgelegt werden muss. Sollte es bei der Antragstellung nach diesen Programmen noch nicht möglich sein den vorrangigen Förderbescheid vorzulegen, so muss er vom Arbeitgeber nachgereicht werden (direkt oder über den IFD). Weiter wurde der Arbeitgeber darauf aufmerksam gemacht, dass die Förderung des Integrationsamtes ganz oder teilweise zurückgefordert werden muss, wenn der Arbeitgeber den Bescheid über die vorrangigen Leistungen nicht vorlegt.Erläuterungen:       |

|  |
| --- |
| **6. Bestätigung des IFD für die Richtigkeit und Vollständigkeit von Angaben und Unterlagen**  |
| **Alle von mir gemachten Angaben wurden fachdienstlich neutral und unter Beachtung der Bearbeitungsstandards des KVJS, Integrationsamt, ermittelt, analysiert und bewertet. Bei Veränderungen im Beschäftigungsverhältnis (Verlängerungen/Entfristungen) wird der Teilhabeplan rechtzeitig aktualisiert und mit den antragsbegründenden Unterlagen versehen an das Integrationsamt weitergeleitet/übermittelt.** Name der IFD-Fachkraft  Ort      , Datum       \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Unterschrift der IFD-Fachkraft [ ]  wird per E-Mail übermittelt.\****\*(Falls der Teilhabeplan als E-Mailanhang übermittelt wird, steht an dieser Stelle nur der Name der Fachkraft. Zur Verbindlichkeit dieser Erklärung soll durch die Sachbearbeitung des InA die entsprechende E-Mail ausgedruckt und an den Teilhabeplan anfügt werden****.)* |