**IV-Stelle Kanton**

**Name EFP**

**Anschrift**

**PLZ Ort**

**Art der Massnahme**

Wählen Sie eine Massnahme aus.

|  |  |
| --- | --- |
| **Ausbildungsbezeichnung und Niveau:** |  |
| Ausbildungsdauer. |  |
| Mitteilungsnummer: |  |
| Gültigkeit: |  |
| Berichtszeitraum: |  |
|  |  |
|  |  |
| **Versichertennummer:** |  |
| Name versicherte Person (Initialen): |  |
| Vorname (Initialen): |  |
| Zivilrechtlicher Wohnsitz: |  |

**Form des Berichts**

Wählen Sie eine Form aus.

**Die Termine der Berichterstattung richten sich nach dem Dokument "Verlaufsinfo\_Berichterstattung"**

zur Information: Das ist der letzte Bericht der Durchführungsstelle, die versicherte Person tritt danach aus.

# Zusammenfassung / Verlauf / Entwicklung

## Kernziele der Massnahme, Benennen der 3 wichtigsten Kernziele.

## Aussage zur Zielerreichung und Verlauf, Auswertung aller vereinbarten Ziele

(Bei Nicht-Erfüllung der Zielvorgaben die Gründe nennen: subjektive Beschreibung durch die versicherte Person und Beobachtungen der Durchführungsstelle, auch nicht zuweisungsbezogene Gründe erwähnen.

## Angaben zum Pensum

Stabil erreichtes Pensum am Ende des Zeitraums der Berichterstattung in %:

## Angaben zur Leistungsfähigkeit (in % im Vergleich zu einer anerkannten Ausbildung mit identischem Ausbildungsniveau und identischer Dauer im gleichen Berufsfeld in der freien Wirtschaft)

Ausführliche Beschreibung bei reduzierter Leistungsfähigkeit (< 90%). (nehmen Sie Bezug auf die gemachten Beobachtungen und Leistungsmessungen in den einzelnen Kriterien der Arbeitsbeurteilung, sowie der körperlichen, psychischen und kognitiven Beurteilung. Ebenso spielen Umgebungs- und Kontextfaktoren eine Rolle.

## Aussage zum Stand der praktischen Ausbildung

## Aussage zum Stand der schulischen Ausbildung

## Aussage zur Vermittelbarkeit, falls keine weitere Massnahme in der Durchführungsstelle erfolgt

(Beurteilung des jetzigen Zustandes aus Sicht der Durchführungsstelle, keine mittel- oder langfristige Prognose)

## Empfehlung (Vorschläge für eine Anschlusslösung, Fördermassnahmen für Anschlusslösung)

(die Empfehlung wird mit der auftragsgebenden IV-Stelle vorbesprochen)

Ort und Datum

Unterschrift

Vorname Name (Berichtsverfasser)       Funktion

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Fachwissen bezogen auf den Stand der Ausbildung** |  | 6.0 qualitativ, quantitativ sehr gut | 5.0 gut, zweckentsprechend | 4.0 Mindest-anforderung erfüllt | 3.0 – 1.0 ungenügend |
| Beurteilung nach Lehrplan | **insgesamt** |  |  |  |  |
| Begründung zu den Beurteilungen: | | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Musste der Arbeitsplatz aus gesundheitlichen Gründen angepasst werden oder zusätzlich spezifische Hilfsmittel eingesetzt werden? | Ja | Nein |
| Beschreibung: |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **psychische Beurteilung** | 6 | 5 | 4 | 1-3 |
| psychische Belastbarkeit allgemein |  |  |  |  |
| psychische Belastbarkeit unter Druck und Stress |  |  |  |  |
| emotionale Stabilität |  |  |  |  |
| Weiteres: |  |  |  |  |
| Begründung zu den Beurteilungen: | | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **kognitive Beurteilung** | 6 | 5 | 4 | 1-3 |
| Abstraktionsvermögen |  |  |  |  |
| Instruktionsverständnis |  |  |  |  |
| Lernfähigkeit |  |  |  |  |
| Konzentration, Aufmerksamkeit |  |  |  |  |
| Sorgfalt |  |  |  |  |
| Weiteres: |  |  |  |  |
| Begründung zu den Beurteilungen: | | | | |

|  |
| --- |
| **Subjektive Einschätzung der aktuellen Situation (durch die versicherte Person)** |
| individueller Text (die Versicherten befragen bzw. die Versicherten schreiben den Text selber) |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Selbstkompetenzen** | 6 | 5 | 4 | 1-3 |
| Verantwortungsübernahme für die Arbeit |  |  |  |  |
| Verantwortungsübernahme gegenüber sich selber |  |  |  |  |
| Einhalten von Regeln und Vorschriften |  |  |  |  |
| Einhalten von Terminen, pünktliches Erscheinen |  |  |  |  |
| Fähigkeit, Tag und Arbeit zu strukturieren/planen (inkl. Zeitmanagement) |  |  |  |  |
| Selbständigkeit |  |  |  |  |
| Eigeninitiative |  |  |  |  |
| Motivation |  |  |  |  |
| Durchhaltevermögen |  |  |  |  |
| Flexibilität |  |  |  |  |
| Übereinstimmung von Selbst- und Fremdwahrnehmung |  |  |  |  |
| die äussere Erscheinung ist der Tätigkeit angemessen |  |  |  |  |
| Weiteres: |  |  |  |  |
| Begründung zu den Beurteilungen: | | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Sozialkompetenzen** | 6 | 5 | 4 | 1-3 |
| Teamfähigkeit und Zusammenarbeit |  |  |  |  |
| Kommunikationsfähigkeit |  |  |  |  |
| Kritikfähigkeit |  |  |  |  |
| Umgangsformen |  |  |  |  |
| Verhalten gegenüber Lehrpersonen |  |  |  |  |
| Verhalten gegenüber Mitschülern/innen |  |  |  |  |
| Weiteres: |  |  |  |  |
| Begründung zu den Beurteilungen: | | | | |

# Schulische Nachweise

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Das Semesterzeugnis wurde der IV zugestellt | ja | folgt bis: |  |
| Die Beurteilung des ÜK wurde der IV zugestellt | ja | folgt bis: |  |
| Der Bildungsbericht / Kompetenznachweis wurde der IV zugestellt | ja | folgt bis: |  |
| Ende Ausbildung: Der Fähigkeitsausweis wurde der IV zugestellt | ja | folgt bis: |  |
| Ende Ausbildung: Das Ausbildungszeugnis wurde der IV zugestellt | ja | folgt bis: |  |

# Bewerbungsdossier (Ende Ausbildung bzw. vor dem Wechsel in den 1. Arbeitsmarkt)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Das Bewerbungsdossier wurde erstellt | ja | teils | nein |
| Das Bewerbungsdossier wurde der IV zugestellt | ja | folgt bis: | |
| Arbeitszeugnis bei externen Einsätzen | ja | nein | folgt bis: |

Absenzen, Verspätungen **(inkl. Absenzen in der Berufsschule und bei überbetrieblichen Kursen)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Kurzabsenzen** | Anz. Tagen | **Vollabsenzen** | Anz. Tagen |
| Verspätet gekommen, verfrüht gegangen **bis 15 Minuten** |  | Mit Arztzeugnis |  |
| Ohne Arztzeugnis |  |
| Verspätet gekommen, verfrüht gegangen **grösser 15 Minuten** |  | Mit Arztzeugnis |  |
| Ohne Arztzeugnis |  |
| **Ganztägige Absenzen** |  | Mit Arztzeugnis |  |
| Ohne Arztzeugnis |  |