**IV-Stelle Kanton**

**Name EFP**

**Anschrift**

**PLZ Ort**

**Art der Massnahme**

Wählen Sie eine Massnahme aus.

|  |  |
| --- | --- |
| **IV Massnahme:** |  |
| 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.)

## Aussage zum Stand der Selbständigkeit im Wohnbereich (in Bezug auf ein selbständiges Wohnen, des selbständigen Aufsuchens des Arbeitsplatzes, Wahrnehmen privater Termine, etc.)

## Aussage zum Umgang mit der gesundheitlichen Einschränkung

(Verantwortungsübernahme gegenüber sich selbst, Kompensationsmöglichkeiten in der Alltagsbewältigung)

## 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

# Schwerpunkte in der Betreuung / Begleitung

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Zeitraum von - bis** | **Schwerpunkt in der Begleitung** | 6.0 Anforderungen übertroffen | 5.0 Anforderungen erfüllt | 4.0 Anforderung knapp erfüllt | 3.0 – 1.0 nicht erfüllt |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**Verhaltensbeurteilung**

(durch Coach oder Pädagogisches Personal)

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

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

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Sozialkompetenzen** | 6 | 5 | 4 | 3-1 |
| Teamfähigkeit, Verbindlichkeit und Zusammenarbeit |  |  |  |  |
| Kommunikationsfähigkeit |  |  |  |  |
| Kritikfähigkeit |  |  |  |  |
| Umgangsformen intern / extern |  |  |  |  |
| Verhalten intern / extern |  |  |  |  |
| 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 selbst) |

## Aufwand für die Unterstützung/Begleitung bezüglich der Ausbildung

## (bei den Hausaufgaben, lernen vor Prüfungen usw. - kein Stützunterricht, sondern im Sinne von Hilfe und Aufsicht)

## Bemerkungen zur Zusammenarbeit mit dem Ausbildungsort, Bezugssystem und Berufsberatung

## Weiteres

# Absenzen im Wohnbereich (auch Wochenende)

(nicht relevant bei Wohncoaching)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Anzahl Absenz Tage total** | davon Anzahl Tage mit Arztzeugnis | davon Anzahl Tage unentschuldigt |
|  |  |  |
| Bemerkungen | | |