**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, 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 Ihre 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)

**Anschlusslösung**

Ist mit dem am Ende der Ausbildung zu erreichenden Ausbildungsstand und der Leistungsfähigkeit eine Anstellung im 1. Arbeitsmarkt realistisch? ja  nein

**Lohn**

Nur wenn von der IV-Stelle explizit verlangt. Siehe auch Berichts-Manual. (sonst diesen Teil löschen)

Welchen Lohn wären Sie bereit am Ende der Ausbildung, zu bezahlen? Fr./Std:

Ort und Datum

Unterschrift

Vorname Name (Berichtsverfasser)       Funktion

## Beurteilung Leistung und Wissensstand

# Ausgeführte Tätigkeiten, auch extern

|  |  |
| --- | --- |
| von - bis | Einsatzbereich / Firma bzw. Institution / Ort |
|  |  |

## (Bei EFZ und EBA bitte den aktuellen Bildungsbericht beilegen. Als Grundlage für die Arbeitsbeurteilung gelten die im offiziellen Bildungsplan, für den bezeichneten Beruf, definierten Handlungskompetenzbereiche. Bei den praktischen Ausbildungen gelten als Grundlage für die Arbeitsbeurteilung die Handlungskompetenzbereiche gemäss jeweiligem Ausbildungsprogramm INSOS, oder alternativ auszugsweise die Handlungskompetenzbereiche der EBA Ausbildung.)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Beurteilung praktischer Arbeiten**   * im Vergleich zu Personen mit gleichen Voraussetzungen,  jedoch ohne Gesundheitsschaden * die beurteilten Arbeiten müssen mit Arbeiten im 1. Arbeitsmarkt vergleichbar sein, d.h. keine Beurteilung von Arbeiten eines Nischenarbeitsplatzes |  | 6.0 qualitativ, quantitativ sehr gut | 5.0 gut, zweckentsprechend | 4.0 Mindest-anforderung erfüllt | 3.0 – 1.0 ungenügend | Leistungsfähigkeit in % wenn verlangt |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Zur Leistungsmessung beurteilte Tätigkeit: | Tempo |  |  |  |  |  |
| Qualität |  |  |  |  |
| Begründung zur Beurteilung: | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Zur Leistungsmessung beurteilte Tätigkeit: | Tempo |  |  |  |  |  |
| Qualität |  |  |  |  |
| Begründung zur Beurteilung: | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Zur Leistungsmessung beurteilte Tätigkeit: | Tempo |  |  |  |  |  |
| Qualität |  |  |  |  |
| Begründung zur Beurteilung: | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Zur Leistungsmessung beurteilte Tätigkeit: | Tempo |  |  |  |  |  |
| Qualität |  |  |  |  |
| Begründung zur Beurteilung: | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Zur Leistungsmessung beurteilte Tätigkeit: | Tempo |  |  |  |  |  |
| Qualität |  |  |  |  |
| Begründung zur Beurteilung: | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Leistungsbeurteilung** | **insgesamt** |  |  |  |  |  |
| Begründung zur Beurteilung: | | | | | | |

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

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Beurteilung theoretischer Arbeiten**   * im Vergleich zu Personen mit gleichen Voraussetzungen,  jedoch ohne Gesundheitsschaden * die beurteilten Aufgaben müssen mit Aufgaben im 1. Arbeitsmarkt vergleichbar sein, d.h. keine Beurteilung von Aufgaben eines Nischenarbeitsplatzes |  | 6.0 qualitativ, quantitativ sehr gut | 5.0 gut, zweckentsprechend | 4.0 Mindest-anforderung erfüllt | 3.0 – 1.0 ungenügend | Leistungsfähigkeit in % wenn verlangt |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Zur Beurteilung gestellte Aufgabe: | Tempo |  |  |  |  |  |
| Qualität |  |  |  |  |
| Begründung zur Beurteilung: | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Zur Beurteilung gestellte Aufgabe: | Tempo |  |  |  |  |  |
| Qualität |  |  |  |  |
| Begründung zur Beurteilung: | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Zur Beurteilung gestellte Aufgabe: | Tempo |  |  |  |  |  |
| Qualität |  |  |  |  |
| Begründung zur Beurteilung: | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Zur Beurteilung gestellte Aufgabe: | Tempo |  |  |  |  |  |
| Qualität |  |  |  |  |
| Begründung zur Beurteilung: | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Zur Beurteilung gestellte Aufgabe: | Tempo |  |  |  |  |  |
| Qualität |  |  |  |  |
| Begründung zur Beurteilung: | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Leistungsbeurteilung** | **insgesamt** |  |  |  |  |  |
| Begründung zur Beurteilung: | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Fachwissen bezogen auf den Stand der Ausbildung** |  | 6 | 5 | 4 | 3-1 |
| Beurteilung nach Lehrplan | **insgesamt** |  |  |  |  |
| Begründung zur Beurteilung: | | | | | |

**Beurteilung der körperlichen Leistungsfähigkeit in der Praxis**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Branchen- Berufsspezifische Anforderungen** | Beschreibung der Erfüllung, oder Einschränkungen | | | | |
|  | | | | | |
| **Motorik:**  In Bezug auf das anzustrebende Berufsfeld oder den zu erlernenden Beruf. | | 6 | 5 | 4 | 3-1 | |
| Motorik | |  |  |  |  | |
| Begründung der Beurteilung/ Individueller Text: | | | | | | |
| Weitere Beobachtungen Einschränkungen wie Zittern, Tastsinn, unkontrollierte Bewegungen, ungelenk, fehlende Koordination links/rechts oder Auge/Hand usw.) | | | | | | |

**Beurteilung Leistungsfähigkeit / Einschränkungen**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **psychische Leistungsfähigkeit in der Praxis** | 6 | 5 | 4 | 3-1 |
| Beurteilung der psychischen Belastbarkeit |  |  |  |  |
| Begründung der Beurteilung/ Individueller Text: | | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **kognitive Leistungsfähigkeit in der Praxis** | 6 | 5 | 4 | 3-1 |
| Beurteilung der kognitiven Leistungsfähigkeit |  |  |  |  |
| Begründung der Beurteilung/ Individueller Text: | | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Selbstkompetenzen** | 6 | 5 | 4 | 3-1 |
| Beurteilung der Selbstkompetenzen |  |  |  |  |
| Begründung der Beurteilung/ Individueller Text: | | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Sozialkompetenzen** | 6 | 5 | 4 | 3-1 |
| Beurteilung der Sozialkompetenzen |  |  |  |  |
| Begründung der Beurteilung/ Individueller Text: | | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Weiteres** | 6 | 5 | 4 | 3-1 |
| Weitere Einschätzungen |  |  |  |  |
| Begründung der Beurteilung/ Individueller Text: | | | | |

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

# 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: |

# Pensum, Absenzen

Bitte legen Sie dem Bericht einen Pensum-Rechner, resp. den Auszug Ihrer Zeiterfassung bei.