**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*, 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, Eigenständigkeit im Alltag etc.)

## Aussage zum Umgang mit der gesundheitlichen Einschränkung

(Verantwortungsübernahme gegenüber sich selbst, Kompensationsmöglichkeiten in der Alltagsbewältigung, psych. Stabilität)

## Empfehlung *Vorschläge für eine Anschlusslösung* weitere Fördermassnahmen für das Erlangen von kompensatorischen Wohnkompetenzen.

(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)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Belastbarkeit** | 6 | 5 | 4 | 3-1 |
| psychische Belastbarkeit allgemein |  |  |  |  |
| Weiteres: |  |  |  |  |
| Begründung zu den Beurteilungen: | | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Wohnkompetenzen** | 6 | 5 | 4 | 3-1 |
| Kompensatorische Wohnkompetenz |  |  |  |  |
| Weiteres: |  |  |  |  |
| Begründung zu den Beurteilungen: | | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Selbstkompetenzen** | 6 | 5 | 4 | 3-1 |
| Verantwortungsübernahme gegenüber sich selbst |  |  |  |  |
| Fähigkeit, Tag und Arbeit zu strukturieren/planen (inkl. Zeitmanagement) |  |  |  |  |
| Selbständigkeit |  |  |  |  |
| Eigeninitiative |  |  |  |  |
| Weiteres: |  |  |  |  |
| Begründung zu den Beurteilungen: | | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Sozialkompetenzen** | 6 | 5 | 4 | 3-1 |
| Teamfähigkeit und Zusammenarbeit mit Betreuer |  |  |  |  |
| Kommunikationsfähigkeit |  |  |  |  |
| 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) |

## Besonderer Unterstützungsbedarf

## (beim Repetieren von Aufgaben, beim Umsetzten des gelernten in den Alltag)

## Bemerkungen zur Zusammenarbeit mit dem Ausbildungsort, IV-Beratenden und weiteren Stellen

## Weiteres