****

Quelle: Trägerrichtlinie Abschnitt V-2-b

Vordruck: 2.6

Stand: 04.02.2015

**Persönlicher Aktionsplan**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1. Maßnahme** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nr. | Titel / Träger | | | | | | | | | | | | | | | | | | VZ | | TZ |
|  | / | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |  |
| Berichtsverantwortliche/r bzw. Coach | | | | | | | | Telefon | | | | | | | E-Mail | | | | | | |
|  | | | | | | | |  | | | | | | |  | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **2. Kundin / Kunde** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Name | | | | | | | | | Vorname | | | | | | | | | Geb-Datum | | | |
|  | | | | | | | | |  | | | | | | | | |  | | | |
| Straße Nr. | | | | | | | | | PLZ Wohnort | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| Telefon | | | | | Mobiltelefon | | | | E-Mail | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | |  | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| Nationalität | | Herkunftsland | | | | | | | Schwerbehinderung | | | nein | Ja | | | Grad | | | | | |
|  | |  | | | | | | |  | | |  |  | | |  | | | | | |
| ledig | | verh. | | gesch. | | getrennt lebend | verw. | | Kinder | nein | Ja | Anzahl und Alter der im Haushalt lebenden Kinder | | | | | | | | | |
|  | |  | |  | |  |  | |  |  |  |
| Führerschein | | nein | ja | Klasse | | | | | PKW-Nutzung möglich | | | nein | ja | | | umzugswillig | nein | | | ja | |
|  | |  |  |  | | | | |  | | |  |  | | |  |  | | |  | |
| zugewiesen am: | | | | | | | | Maßnahmeantritt am: | | | | | | Maßnahmeaustritt (geplant): | | | | | | | |
| von: | | | | | | | |  | | | | | |  | | | | | | | |

|  |
| --- |
| **3. Ausgangssituation** |
| 3.1 Über welche Qualifikation (Schul-, Berufsausbildung, Qualifizierungen, Weiterbildungen etc.) verfügt die Kundin/der Kunde? |
| 3.2 Über welche Fähigkeiten und Stärken (persönliche, fachliche/berufsbezogene) verfügt die Kundin/der Kunde?    Wodurch zeichnen sich diese aus? |
| 3.3 Wie schätzt die Kundin/der Kunde seine/ihre Vermittelbarkeit ein? |
| 3.4 Welcher Unterstützungsbedarf besteht aus Sicht des Kunden/der Kundin? |
| 3.5 Bitte beschreiben Sie detailliert die Einschränkungen der Kundin / des Kunden |
| 3.6 Wie schätzt der Träger die Vermittlungsaussichten ein? |
| 3.7 Welcher Unterstützungsbedarf besteht aus Sicht des Trägers für die Kundin/den Kunden? |
| 3.8 Besondere Hinweise (ggf. auch zu den individuellen Lebenumständen) |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **4. Maßnahmeziele**  **Welche Tätigkeiten - auch Praktika- werden angestrebt? (Rangfolge, bei Bedarf ergänzen)** | | | |
| Ziel 1 | | | |
| Ziel 2 | | | |
|  | | |
|  | | |
| **5. Situationsbeschreibung und Lösungswege** | | | | |
| Welche Teilziele im Coaching zur beruflichen Integration müssen erreicht werden? | Verantwortlich | Bis wann? | | |
| 5.1 |  |  | | |
| 5.2 |  |  | | |
| 5.3 |  |  | | |
| 5.4 |  |  | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **6. Fehlzeiten ( Tage)** | | | |
| Fehlzeiten insgesamt: |  | Hinweise: |  |
| Krankheitstage: |  | Hinweise: |  |
| Entschuldigte Tage: |  | Hinweise: |  |
| Unentschuldigte Tage: |  | Hinweise: |  |

|  |
| --- |
| **7. Detaillierte Gesamteinschätzung des Trägers (Nehmen Sie Bezug auf die aktuelle Situation der Kundin/des Kunden und zeigen Sie eine Perspektive für den weiteren Maßnahme- und Integrationsverlauf auf).** |
|  |

|  |
| --- |
| **8. Bemerkungen/Stellungnahme der Kundin/des Kunden** |
|  |

|  |
| --- |
|  |

Ort/Datum

|  |
| --- |
|  |

Unterschrift Träger (Stempel)

|  |
| --- |
|  |

Unterschrift Kunde/Kundin