

Einzelfallbezogener Abschlussbericht für Teilnehmer an Integrationsmaßnahmen

<i>Einrichtung</i>	
<i>Ansprechpartner</i>	
<i>Telefon</i>	
<i>Telefax</i>	
<i>Bezeichnung der Maßnahme</i>	
<i>Beginn der Maßnahme</i>	
<i>Ende der Maßnahme</i>	

<i>Versicherungsnummer</i>	
<i>Name, Vorname</i>	
<i>Erlerner Beruf (evtl. Umschulungsberuf)</i>	
<i>Vor Beginn der Maßnahme</i>	<input type="checkbox"/> beschäftigt als <input type="checkbox"/> arbeitslos
<i>Ergebnis der Maßnahme</i>	<input type="checkbox"/> Vorzeitige Beendigung zum wegen <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Krankheit <input type="checkbox"/> fehlender Mitwirkung/disziplinarischer Gründe <input type="checkbox"/> sonstige Gründe: <input type="checkbox"/> Aufnahme einer Beschäftigung/ selbständigen Tätigkeit <input type="checkbox"/> Nach regulärem Ende der Maßnahme <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> in einer Beschäftigung/selbständigen Tätigkeit <input type="checkbox"/> Arbeitslosigkeit

<i>Motivation/Bewerbungsverfahren</i>	
<i>längere Abwesenheit/Krankheit</i>	
<i>Eigeninitiative</i>	

1. Praktikumsfirma	
Beginn Ende	
Tätigkeit	
Die Leistungseinschränkungen werden in vollem Umfang berücksichtigt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, weil
Praktikumsverlauf	

2. Praktikumsfirma	
Beginn Ende	
Tätigkeit	
Die Leistungseinschränkungen werden in vollem Umfang berücksichtigt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, weil
Praktikumsverlauf	

Sinnvolle Einsatzgebiete in der Zukunft	
Abschließende Einschätzung der Lehrgangseinschätzung/ Empfehlung	

.....
Datum, Unterschrift