# Anmeldung und VerlaufsdokumentationAbklärungsplatz (AP)

**Personalien**

|  |  |
| --- | --- |
| Name: |       |
| Vorname: |       |
| Adresse: |       |
| Ort: |       | Geburtsdatum: |       |
| gesetzlicher Wohnsitz: |       | Telefon fest: |       |
| E-Mail:: |       | Telefon mobil: |       |
| Heimatort/-staat: |       | Ausländerausweis: |       |
| AHV-Nummer: |       |  |  |
| Zivilstand: | [ ]  ledig[ ]  getrennt[ ]  verwitwet  | [ ]  verheiratet [ ]  geschieden | Anzahl Kinder: Jahrgänge Kinder: |                                         |
| Ausbildungsprofil: | [ ]  kein Abschluss in beruflicher Grundbildung[ ]  abgeschlossene berufliche Grundbildung[ ]  Abschluss auf Tertiärstufe (höhere Berufsbildung/Hochschule)  |
| Bemerkungen: |       |

**Zuweisung für einen Abklärungsplatz**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Zuweisung AP: | [ ]  erstmalig | [ ]  erneut  |  |  |
| Begründung: |       |
| Sozialdienst: |       |
| Name, Vorname: |       |
| Telefon Zentrale: |       | Telefon direkt:  |       |
| E-Mail: |       |
| Ort, Datum, Name: |       |

**Rückmeldung der Stiftung intact zur Zuweisung**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Stellenantritt möglich: | [ ]  ja [ ]  nein, Warteliste | vorgeschlagenes Eintrittsdatum:mögliches Eintrittsdatum:präzisierter Vorschlag (nach Wartefrist): |                 |
| Bemerkungen: |       |
| Ort, Datum, Name: |       | Telefon Burgdorf: | 034 423 42 46 |

**verbindliche Zuweisung durch den Sozialdienst**

|  |  |
| --- | --- |
| verfügtes Eintrittsdatum: |       |
| Bemerkungen: |       |
| Ort, Datum, Name: |       |

**Rückmeldung der Stiftung intact zum Eintritt**

|  |  |
| --- | --- |
| Eintritt erfolgt: | [ ]  ja [ ]  nein |
| falls nein, Begründung: | [ ]  gar nicht erschienen[ ]  erschienen, aber Vertrag nicht unterschrieben[ ]  Arztzeugnis vorgelegt |
| Bemerkungen: |       |
| Ort, Datum, Name: |       |

**Reaktion/Rückmeldung des Sozialdienstes auf Nichtantritt**

|  |  |
| --- | --- |
| Mahnung Sozialdienst: | [ ]  ja, erneute Aufforderung zum Arbeitsbeginn am:      [ ]  nein |
| Grund für Nichtantritt: | [ ]  Stelle gefunden [ ]  Arztzeugnis[ ]  nicht erschienen  Sozialhilfe eingestellt? [ ]  ja bzw. Verfahren zur Einstellung der SH eröffnet [ ]  nein[ ]  andere Gründe (veränderte Situation, Wegzug etc.) |
| Bemerkungen: |       |
| Ort, Datum, Name: |       |

**Wichtige Angaben zum Verlauf**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Datum** | **wer?** | **Ereignis, Massnahmen:** |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |

**Abbruch des AP-Einsatzes**

|  |  |
| --- | --- |
| Grund: | [ ]  Arztzeugnis vorliegend, länger als 5 Arbeitstage [ ]  Fristlose Kündigung (untragbares Verhalten, schriftlicher Verweis erfolgt)[ ]  Kontaktabbruch (nicht mehr erschienen) |
| Bemerkungen: |       |
| Ort, Datum, Name: |       |

**Reaktion des Sozialdienstes auf den Abbruch des AP-Einsatzes**

|  |  |
| --- | --- |
| Sozialhilfe eingestellt: | [ ]  Ja, bzw. Verfahren zur Einstellung der Sozialhilfe eröffnet[ ]  Nein |
| Bemerkungen: |       |
| Ort, Datum, Name: |       |

**Einvernehmlicher Austritt vor Ablauf der Programmdauer**

|  |  |
| --- | --- |
| Grund: | [ ]  Stelle gefunden[ ]  andere Anschlusslösung (z.B. BIAS)[ ]  andere Gründe (z.B. veränderte Situation, Wegzug etc.) |
| Bemerkungen: |       |
| Ort, Datum, Name: |       |

**Austritt nach Ablauf der Programmdauer (3 Monate)**

|  |  |
| --- | --- |
| Grund: | [ ]  Stelle gefunden[ ]  andere Anschlusslösung (z.B. BIAS)[ ]  es besteht keine Anschlusslösung |
| Bemerkungen: |       |
| Ort, Datum, Name: |       |

**Wirkungsziele, Indikatoren (gemäss Reporting-Fragebogen der GSI)**

|  |  |
| --- | --- |
| Leistung 1: | Kooperationsbereitschaft, Arbeitsfähigkeit und -wille sowie Missbrauchsverdacht sind getestet, Bericht an den Sozialdienst ist erfolgt |
| Leistung 2: | Weiteres Vorgehen ist geklärt, Anschlusslösung geplant |
| Leistung 3: | Bei Nichtantritt oder Abbruch: keine Ausrichtung von Sozialhilfe mehr infolge fehlender Bedürftigkeit (sofern rechtlich zulässig) |

|  |  |
| --- | --- |
| Bemerkungen: |       |
| Ort, Datum, Name: |       |

Mit der Unterzeichnung der Einsatzvereinbarung ermächtigt der/die Teilnehmer\*in die Stiftung intact ausdrücklich zur Bearbeitung der bekannt gegebenen Personendaten, soweit dies gesetzlich vorgesehen und zulässig bzw. erforderlich ist und solange kein ausdrücklicher Widerspruch des/der Teilnehmer\*in vorliegt.

22.05.2020 – TBu