# Anmeldung und Verlaufsdokumentation Abklärungsplatz (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