**Kompetenzinventar im Prozess der Berufswegeplanung**

**Teilhabe am Arbeitsleben für junge Menschen mit einer Behinderung**

|  |
| --- |
| **Einverständniserklärung**  **zum Prozess der**  **Berufswegeplanung** (Mantelbogen Teil 1) |

**Mantelbogen Teil 1, Antrag des Schülers**

| **Name Schülerin / Schüler** | | | |  | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Antragsdatum** | | | |  | |
| ***Eingabefelder mit \* sind mit Hilfetextfeldern hinterlegt (öffnen mit F1)*** | | | | | |
| **Angaben zur Schülerin / zum Schüler** | | | | | |
| Anschrift  E-Mail  Telefon | | | | Geburtsdatum  Staatsangehörigkeit  Muttersprache      \* | |
| **Eltern** | | | | **Vertretungsberechtigte** | |
| Name **\***  Anschrift      \*  E-Mail  Telefon | | | | Name  Anschrift      \*  E-Mail  Telefon | |
| **Daten zur Schule/Lehrkraft** | | | | | |
| **Name der Schule (ggf. mit Schulart)**      \* | | | | | |
| Anschrift      \*  E-Mail  Telefon | | | | | |
| Klassenstufe | | Schulbesuchsjahr | | | Bildungsgang |
|  | |  | | |  |
| Fachärztliche  Feststellungen | | | | | Arzt: |
| **Funktionale Einschränkung nach Modulart** *(bitte auswählen)* | | | | | |
| Gutachten liegt vor  Datum: | | | **Ärztliche Diagnose** | | |
| Schulrechtliche Einordnung  Festgestellt am       durch Staatliches Schulamt:  Autismusbeauftragte(r):  E-Mail:  Sonderpädagogische Unterstützung:  E-Mail:  (Sonderpädagogisches Bildungs- und Beratunszentrum)  Schulische Nachteilsausgleiche:  **Erläuterungen:** | | | | | |
| Schule | Ansprechpartner/in:  Anschrift (falls abweichend v. Schule:  E-Mail:  Telefon: | | | | |
| Schulbegleitung | Ansprechpartner/in:  E-Mail:  Telefon: | | | | |
| Integrationsfachdienst | Ansprechpartner/in:  E-Mail:  Telefon: | | | | |
| Eingliederungshilfe  SGB XII | Ansprechpartner/in:  E-Mail:  Telefon: | | | | |
| Eingliederungshilfe  SGB VIII | Ansprechpartner/in:      \*  E-Mail:  Telefon: | | | | |
| Agentur für Arbeit | Ansprechpartner/in:  E-Mail:  Telefon: | | | | |
|  | | | | | |
| **Antrag auf Unterstützung durch den Integrationsfachdienst** | | | | | |
| **Einverständniserklärung:**  Der IFD soll mich bei meiner beruflichen Orientierung und Vorbereitung im Auftrag der Arbeitsagentur und des Integrationsamts beim KVJS unterstützen. Ich bin damit einverstanden, dass die hierzu erforderlichen Daten durch die Schule bzw. den IFD erhoben und elektronisch gespeichert werden. Der IFD informiert die Arbeitsagentur, das Integrationsamt und den Träger der Eingliederungshilfe über den Beginn der Berufswegeplanung durch die Weitergabe dieses Antrags und ggf. weiterer Erhebungsinstrumente aus dem Kompetenzinventar im Laufe des Prozesses der Berufswegeplanung.  Ort/Datum  Unterschrift Schüler/in: Unterschrift Eltern/Vertretungsberechtigte:  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  Der IFD wird von mir beauftragt, soweit im Einzelfall erforderlich, weitere Leistungsträger oder Leistungserbringer in den Prozess der beruflichen Orientierung und Vorbereitung bzw. in die Berufswegekonferenz nach vorheriger Absprache mit mir bzw. meinen Eltern/Vertretungsberechtigten einzubeziehen. Ich bin damit einverstanden, dass nach heutigem Stand der Erkenntnisse folgende Institutionen durch den IFD einbezogen werden:    Ort/Datum:  Unterschrift Schüler/in: Unterschrift Eltern/Vertretungsberechtigte:  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | | | | |
|  | | | | | |