

# Kompetenzinventar im Prozess der Berufswegeplanung

## Teilhabe am Arbeitsleben für junge Menschen mit einer Behinderung

### Einverständniserklärung zum Prozess der Berufswegeplanung (Mantelbogen Teil 1)

<b>Name Schülerin / Schüler</b>	
<b>Antragsdatum</b>	

**Eingabefelder mit \* sind mit Hilfetextfeldern hinterlegt (öffnen mit F1)**

Angaben zur Schülerin / zum Schüler		
Anschrift	Geburtsdatum	
E-Mail	Staatsangehörigkeit	
Telefon	Muttersprache *	
Eltern	Vertretungsberechtigte	
Name *	Name	
Anschrift *	Anschrift *	
E-Mail	E-Mail	
Telefon	Telefon	
Daten zur Schule/Lehrkraft		
<b>Name der Schule (ggf. mit Schulart) *</b>		
Anschrift *		
E-Mail		
Telefon		
Klassenstufe	Schulbesuchsjahr	Bildungsgang
<input type="checkbox"/> Fachärztliche Feststellungen		Arzt:
Funktionale Einschränkung nach Modularart (bitte auswählen)		
<input type="checkbox"/> Gutachten liegt vor	<b>Ärztliche Diagnose</b>	
Datum:		

©



Alle Unterlagen unter:

<http://www.schule-bw.de/schularten/sonderschulen/ubve/materialien.html>  
<http://www.km-bw.de/Lde/Startseite/Schule/Berufliche+Eingliederung>  
<http://www.kvjs.de/index.php?id=1711>

Das Kompetenzinventar im Prozess der Berufswegeplanung wurde auf der Basis der Kooperationsvereinbarung zur Förderung der beruflichen Teilhabe junger Menschen mit wesentlichen Behinderungen beim Übergang von der Schule in den allgemeinen Arbeitsmarkt vom 16.12.2010 entwickelt und eingeführt. Das © liegt bei den Vereinbarungspartnern. Das Kompetenzinventar kann nur in deren Auftrag oder mit deren Zustimmung genutzt werden.

Bei der Verwendung des Kompetenzinventars sind das „Profil-AC“ (Kultusministerium) und der „Gesamtbeurteilungsbogen“ (Arbeitsagentur) **nicht erforderlich**.

Mantelbogen Teil 1, Antrag des Schülers

Name Schülerin / Schüler	
<input type="checkbox"/> Schulrechtliche Einordnung Festgestellt am _____ durch Staatliches Schulamt:	
<input type="checkbox"/> Autismusbeauftragte(r): E-Mail: _____	
<input type="checkbox"/> Sonderpädagogische Unterstützung: E-Mail: _____ (Sonderpädagogisches Bildungs- und Beratungszentrum)	
<input type="checkbox"/> Schulische Nachteilsausgleiche: _____	
<b>Erläuterungen:</b>	
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:

---

---