

Anlage 5 - Teilnehmerbeurteilung des Trägers einer Arbeitsgelegenheit mit Mehraufwandsentschädigung nach § 16d SGB II

Die Erhebung der Daten beruht auf § 61 SGB II

- Durchführender Träger (Anschrift):** Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.
- Maßnahmenummer:** Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.
- Kurzbezeichnung der Maßnahme:** Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.
- Teilnehmer*in (Vor- und Nachname):** Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.
- Geburtsdatum:** Klicken oder tippen Sie, um ein Datum einzugeben.
- Teilnahme von:** Klicken oder tippen Sie, um ein Datum einzugeben.
- Bis:** Klicken oder tippen Sie, um ein Datum einzugeben.
- Ausgeübte Tätigkeiten:** Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.
- Arbeits- und Sozialverhalten:** Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

	übertrifft die Anforderungen		erfüllt die Anforderungen	erfüllt die Anforderungen	
	immer	oft		teilweise	nicht
Ausführung der Arbeiten (sorgfältig, zuverlässig, verantwortlich)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arbeitstempo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Belastbarkeit / Ausdauer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leistungsbereitschaft / Motivation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Teamfähigkeit (integrations-, konflikt- u. konsensfähig, hilfsbereit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kommunikation (Ausdrucksvermögen, Verstehen von Arbeitsanweisungen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Immer	Verspätet sich 1-2 mal monatlich	mehr als 2mal monatlich		
Pünktlichkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Wurden während der Beschäftigungsdauer Einschränkungen im Hinblick auf die Vermittlungsfähigkeit erkennbar?

- | | JA | NEIN |
|----------------|--------------------------|--------------------------|
| gesundheitlich | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| zeitlich | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| andere | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Wenn ja, bitte Art der Einschränkung angeben: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Anmerkungen / Sonstiges: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Hinweis auf Zulässigkeit der Datenerhebung:

Nach § 61 Abs. 2 S. 1 Nr. 2 SGB II sind Teilnehmer*innen an Maßnahmen verpflichtet, eine Beurteilung ihrer Leistung und Ihres Verhaltens durch den Maßnahmeträger zuzulassen.

Die Maßnahmeträger sind nach § 61 Abs. 2 S. 2 SGB II verpflichtet, ihre Beurteilungen des/der Teilnehmers/in unverzüglich dem Eigenbetrieb Jobcenter zu übermitteln.

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben., Klicken oder tippen Sie, um ein Datum einzugeben.

Ort / Datum

Unterschrift des Teilnehmenden

**Unterschrift und Stempel des
Maßnahmeträgers**