# Indikation für stationäre Leistungen zur Berufsintegration

Das vorliegende Formular dient zur Indikation von Leistungen zur Berufsintegration, welche von Kinder- und Jugendheimen im Rahmen einer Fremdunterbringung erbracht werden und die nicht von der Invalidenversicherung (IV) finanziert werden.[[1]](#footnote-1) Als Leistungen zur Berufsintegrationen gelten insbesondere Lehre EFZ und EBA, Individueller Kompetenznachweis IKN, Tagesstruktur mit schulischer Förderung und Brückenangebote. Ambulante Angebote zur Berufsintegration werden nicht vom Amt für Kind, Jugend und Behindertenangebote finanziert. Das Formular dient zur Indikation sowohl bei Erstgesuchen als auch bei Verlängerungen von stationären Leistungen zur Berufsintegration. Beiträge an stationäre Leistungen zur Berufsintegration können nur erbracht werden, wenn die ambulanten Angebote ausgeschöpft oder nicht indiziert sind und wenn die Invalidenversicherung die Finanzierung nicht oder nicht ausreichend übernimmt.

Dieses Formular ist von den zuweisenden Stellen (Soziale Dienste, KESB, Fachstellen) auszufüllen. Bitte füllen Sie das Formular vollständig aus. Falls Sie ein Kästchen ankreuzen, füllen Sie bitte - falls vorhanden - auch das anschliessende Textfeld mit ergänzenden Informationen aus.

**I Angaben zur / zum Jugendlichen**

Name, Vorname:
Geburtsdatum:

**II Bildungsbiografie ab Sekundarstufe**

Sekundarstufe I:

[ ]  Niveau A

[ ]  Niveau E

[ ]  Niveau P

[ ]  Kleinklasse

[ ]  Heilpädagogische Schule

[ ]  Privatschule:

[ ]  heiminterne Schule:

[ ]  Ausland:

[ ]  ISF, Anzahl Stunden im letzten Semester:

[ ]  anderes:

Abschluss der Volksschule: Welche Dokumente sind vorhanden?

Zeugnis: [ ]  Ja [ ]  Nein

Lernbericht: [ ]  Ja [ ]  Nein

Abschlusszertifikat: [ ]  Ja [ ]  Nein

Falls vorhanden, bitte Kopie beilegen.

Wie viele Schuljahre hat der/die Jugendliche absolviert?

Wechsel in der Sekundarstufe I: Sind Wechsel erfolgt? [ ]  Ja [ ]  Nein

Falls ja: Welche Wechsel erfolgten, was waren die Gründe?

Weiterführende Schule, Brückenangebot: Was, wann?

Abgeschlossen?[ ]  Ja [ ]  Nein

Lehre oder anderweitige berufliche Ausbildung: Was, wann?

Abgeschlossen?[ ]  Ja [ ]  Nein

Falls Lehre abgebrochen: Aus welchem Grund? Von welcher Seite erfolgte der Abbruch?

**III Aktuelle schulische und berufliche Situation**

Bitte beschreiben Sie möglichst detailliert die aktuelle schulische bzw. berufliche Situation:

**IV Bisherige Massnahmen zur Berufsintegration (ohne Invalidenversicherung)**

[ ]  Anmeldung beim Zentrum für Berufsintegration BL. Stand/Ergebnis:

[ ]  Anmeldung für Berufsberatung. Stand/Ergebnis:

[ ]  Anmeldung bei BerufsWegBereitung Sek I. Stand/Ergebnis:

[ ]  Anmeldung bei der Regionalen Arbeitsvermittlung. Stand/Ergebnis:

[ ]  andere Massnahme(n):

Welche anderen Leistungen zur Berufsintegration (z.B. Lehrbetriebe beider Basel, take off, e Lehr mit Kick etc.) wurden geprüft? Wie erfolgte die Prüfung und weshalb wurden die Optionen verworfen?

**V Invalidenversicherung (IV)**

Der / die Jugendliche wurde bei der IV für berufliche Massnahmen angemeldet:

[ ]  Ja mit folgendem Ergebnis: (bitte Kopie der Korrespondenz mit der IV beilegen)

[ ]  Nein, aus folgendem Grund:

Beiträge ans Wohnen (Fremdunterbringung) wurden bei der IV beantragt:

[ ]  Ja mit folgendem Ergebnis: (bitte Kopie der Korrespondenz mit der IV beilegen)

[ ]  Nein, aus folgendem Grund:

**VI Beantragte Leistung der stationären Berufsintegration**

Institution:

Leistung:

[ ]  Eidg. Berufstattest EBA

[ ]  Eidg. Fähigkeitzeugnis EFZ

[ ]  Praktische Ausbildung PrA nach Insos

[ ]  Individueller Kompetenznachweis IKN

[ ]  Praktikum

[ ]  Brückenangebot

[ ]  Andere

Die Leistung wird voraussichtlich im folgenden Zeitraum erbracht:

Beginn (Monat / Jahr): Abschluss (Monat / Jahr):

**VII Begründung**

Bitte begründen Sie, weshalb die beantragte stationäre Leistung zur Berufsintegration notwendig ist und inwiefern Chancen auf Erfolg bestehen:

**VIII Beigelegte Dokumente** (z.B. Korrespondenz mit der IV, Schulberichte, Berichte Zentrum Berufsintegration)

1.

2.

3.

4.

**VIII Angaben zur indizierenden Stelle**

Indizierende Stelle:

E-Mail und Telefonnummer:

Fallbegleitung wird übernommen von:

E-Mail und Telefonnummer:

Ort, Datum, Unterschrift \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**IX Bestätigung Jugendliche/r und Eltern**

Wir sind mit den beantragten Leistungen zur Berufsintegration einverstanden und unterstützen diese. Wir sind damit einverstanden, dass Unterlagen gemäss Punkt VIII ans Amt für Kind, Jugend und Behindertenangebote weitergeleitet werden.

Ort, Datum, Unterschrift Jugendlicher\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ort, Datum, Unterschrift Eltern\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(nur bei minderjährigen Jugendlichen notwendig)

1. Bei Bedarf kann das AKJB eine subsidiäre Finanzierung zu Leistungen der Arbeits- und Wohnintegration der IV leisten. [↑](#footnote-ref-1)