

Zuständiger persönlicher Ansprechpartner im Jobcenter Ostprignitz-Ruppin: _____

Teilnehmerbeurteilung

Träger	
Ansprechpartner	
Maßnahmebezeichnung	
Name	
Vorname	
Anschrift	
Geburtsdatum	
Teilnahmezeitraum und Beschäftigungsumfang	vom: _____ bis: _____ h/Wo
Ausgeübte Tätigkeit	
In der Maßnahme erworbene Kenntnisse/ Fähigkeiten/Fertigkeiten	
Erkennbare Begabungsschwerpunkte	
Vorhandene Zusatzqualifikationen	Erweitertes Führungszeugnis vom: _____ Gesundheitspass vom: _____ Sonstiges: _____
Vermittlung weiterer Qualifikationen erforderlich? Ja: _____ Nein: _____ Wenn ja, welche? _____	
Wurden während der Beschäftigungsdauer Einschränkungen im Hinblick auf die Vermittlungsfähigkeit erkennbar? Ja: _____ Nein: _____ Wenn ja, bitte Art der Einschränkung angeben. gesundheitlich Ja: _____ Nein: _____ zeitlich Ja: _____ Nein: _____ andere Ja: _____ Nein: _____ Wenn ja, welche? _____	
Fehlzeiten: _____ entschuldigte _____ Tage unentschuldigte _____ Tage (Angabe entfällt bei Teilnahme an SAM)	
Anmerkungen/Sonstiges:	
Teilnahme an einer Maßnahme bei einem Arbeitgeber vom _____ bis zum _____ Bei wem? _____ wo? _____ (Name des Betriebes/der Firma) (Ort)	

Name/Vorname/Geburtsdatum	
---------------------------	--

		mangelhaft	mittel	sehr gut
Arbeit	Arbeitsverhalten			
	Arbeitsbereitschaft			
	Belastbarkeit			
	Eigeninitiative/Engagement			
	Flexibilität			
	Motivation			
	Pünktlichkeit			
	Selbstständigkeit			
	Umgangsformen			
	Ordnung/ Sorgfalt			
	Soziale Kompetenzen			
	Kommunikationsfähigkeit			
	Teamfähigkeit / Gruppenfähigkeit			
	Konfliktfähigkeit			
	Einsatzbereitschaft/Zuverlässigkeit			
Qualifikation	Zeitmanagement			
	Lernbereitschaft			

Hinweise zur Beurteilung:

Sehr gut	erledigt die Aufgaben über alle Maßen, stets, außerordentlich gut
Gut	erfüllt die Anforderungen überdurchschnittlich/darüber hinaus
Befriedigend/mittel	erfüllt die Anforderungen (normal)
Ausreichend/unauffällig	erfüllt meistens die Anforderungen, mit geringer Unterstützung, teilweise
Mangelhaft/ungenügend	erfüllt die Anforderungen mit größerer Unterstützung, kaum, gelegentlich, nicht immer

Wurden während der Arbeitsgelegenheit folgende Vorfälle dokumentiert:

Alkohol
Drogen
Arbeitsverweigerung
Sonstiges: _____
Gewalttätigkeit

Waren disziplinarische Maßnahmen notwendig:

keine
Hausverbot
ermahnendes Gespräch
Kündigung
Abmahnung
Abbruchh

(Wenn noch nicht im Jobcenter Ostprignitz-Ruppin eingereicht, bitte Dokumente/Kopien beifügen.)

Tätigkeitsempfehlungen aus der Maßnahme:

- _____

- _____

Auswertung am: _____
 (Datum)

zur Kenntnis genommen: _____
 (Ort, Datum)

Kopie wurde an TN ausgehändigt.

 Unterschrift mit Vor- und Zuname des Teilnehmers/in

 Unterschrift Verantwortliche(r) des Trägers/Tel.-Nr./Stempel

Erläuterungen

Ausgeübte Tätigkeiten	Qualifizierte Beschreibung des Einsatzes in der Agh
In der Maßnahme erworbene Qualifikation	berufliche/fachliche Kenntnisse, Fähigkeiten, Fertigkeiten
Erkennbare Begabungsschwerpunkte	sowohl im Bereich der fachlichen als auch im Bereich der sozialen Qualifikation
Zusatzqualifikationen	über das vorliegende Berufsbild bzw. die Beschäftigung in der Agh hinausgehende Kenntnisse und Fertigkeiten (Fremdsprachen, etc.)
Weitere Qualifizierung sinnvoll?	Hinweise für das Jobcenter Ostprignitz-Ruppin
Wurden Einschränkungen erkennbar	Hinweise für das Jobcenter Ostprignitz-Ruppin
Anmerkungen	Ergänzende Beurteilung/Zusammenfassung