

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? Wenn ja, welche? _____	Ja: _____ Nein: _____
Wurden während der Beschäftigungsdauer Einschränkungen im Hinblick auf die Vermittlungsfähigkeit erkennbar? Wenn ja, bitte Art der Einschränkung angeben. gesundheitlich Ja: _____ Nein: _____ zeitlich Ja: _____ Nein: _____ andere Ja: _____ Nein: _____ Wenn ja, welche? _____	Ja: _____ Nein: _____
Fehlzeiten: _____ entschuldigte _____ Tage <i>(Angabe entfällt bei Teilnahme an SAM)</i>	unentschuldigte _____ Tage
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
<b>Arbeit</b>	<b>Arbeitsverhalten</b>			
	Arbeitsbereitschaft			
	Belastbarkeit			
	Eigeninitiative/Engagement			
	Flexibilität			
	Motivation			
	Pünktlichkeit			
	Selbstständigkeit			
	Umgangsformen			
	Ordnung/ Sorgfalt			
	<b>Soziale Kompetenzen</b>			
	Kommunikationsfähigkeit			
	Teamfähigkeit / Gruppenfähigkeit			
	Konfliktfähigkeit			
	Einsatzbereitschaft/Zuverlässigkeit			
<b>Qualifikation</b>	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**

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