|  |  |
| --- | --- |
| **Bericht** | **Berufsabklärung mit Ziel Arbeitsvermittlung gemäss Art 15 IVG**  |
| **Provisorischer / Definitiver /Schlussbericht** |

|  |  |
| --- | --- |
| Versichertennummer (NSS): | Xxx |
| Name | Xxx |
| Vorname: | Xxx |
|  |  |
| IV-Mitteilungsnummer: | Xxx |
| Dauer der Mitteilung: | Datum – Datum  |
| Berichtzeitraum: | Datum – Datum  |
|  |  |
| Art der Maßnahme | Xxx |
|  |  |
|  |  |
| Durchführungsstelle: | Name und Adresse  |
| Bezugsperson: | Vorname und Name |
|  |  |
| Bericht zu Handen: | Kantonale IV-Stelle Wallis |
| IV-Bezugsperson: | Vorname und Name |
|  |  |

[ ]  Schlussbericht provisorisch Datum der Berichtabgabe:

[ ]  Schlussbericht definitiv Datum der Berichtabgabe:

Hinweise:

* Die Berichte müssen als PDF an die folgenden E-Mail-Adressen, per HIN oder IncaMail gesendet werden.
* Vorläufiger Abschlussbericht ist fünf Tage vor dem Gespräch an die zuständige Eingliederungsfachperson zu senden. (Nicht in das DMS einlesen).
* Endgültiger Abschlussbericht ist 10 Kalendertage nach Ablauf der Mitteilung/Entscheidung an die

Kontaktperson unter kontakt.ivvs@vs.oai.ch zu senden.

* Die gelb markierten Bereiche sowie alle Beurteilungen sind auszufüllen.

**Zusammenfassung, Ziele, Zielerreichung, Empfehlung**

**Mandat gemäss Auftrag**

Interessen der versicherten Person: Text…….

Berufliche Ziele zu testen: Text…….

Ausgeschlossene Berufe: Text…….

**Zielerreichung**

Sind die vereinbarten Ziele erreicht worden?

Arbeitsvermittlung/Beruf: Text…….

Wenn nein: wo und warum nicht?

… individueller Text

**Vorschlag für die Fortsetzung oder die Beendigung**

(Vorschlag mit der auftragsgebenden IV-Stelle vorbesprechen)

… individueller Text

**Schlussfolgerung in Bezug der anfänglichen Ziele**

Gründe nennen, die beispielsweise zu einer Nicht-Steigerung des Pensums bzw. der Leistung führten

(subjektive Beschreibung durch die versicherte Person und Beobachtungen der Durchführungsstelle):

… individueller Text

# Ausgeführte Tätigkeiten, Ablauf, Inhalt und Beurteilung

## Ausgeführte Tätigkeiten

|  |  |
| --- | --- |
| Datum - Datum | Einsatzbereich / Institution oder Unternehmung / Ort*
*
*
 |

**Wahl der Arbeitsvermittlung /Beruf:** Text…….

Begründung und zusätzliche Kommentare: Text…….

Begründungen im Zusammenhang mit festgestellten oder beobachteten funktionalen Grenzen

**Auswertung der sozialen und persönlichen Kompetenzen**

Begründung und zusätzliche Kommentare. … Text

**Auswertung der methodischen Kompetenzen**

Begründung und zusätzliche Kommentare. … Text

**Auswertung der theoretischen Kenntnisse**

Begründung und zusätzliche Kommentare. … Text

**Auswertung der beruflichen Kompetenzen**

Begründung und zusätzliche Kommentare. … Text

Datum, Unterschrift