

Stärke-Formular:

Ein gutes Angebot oder eine gute Praxis unserer Fachstelle

<p>Qualitätsbereich (entsprechend Selbstbewertungskriterien): → für welches Qualitätskriterium ist die Stärke ein Nachweis?</p>	<p>Bitte ankreuzen (gegebenenfalls Mehrfachnennungen):</p> <p> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> </p> <p>1A 1B 2 3A 3B 4 5A 5B 6 7 8 9 Sonst.</p> <p>Qualitäts-/Gütekriterium (Ansatzpunkt/Unterpunkt):</p>
<p>Was ist das Angebot oder die gute Praxis ?</p>	<p>Titel / Kurzbeschreibung:</p> <p>Kooperation zwischen Job-Center und Suchtberatung in Garbsen</p> <p>Zielgruppe: Leistungsbezieher nach SGB II mit Vermittlungshemmnis Sucht</p>
<p>Was daran ist / sind die Stärke(n)? (Was ist das Ziel, was erreichen wir damit?)</p>	<p>Zeitnahe und individuelle Hilfen durch direkten, persönlichen Kontakt aller beteiligten Mitarbeitenden.</p> <p>Ziel: Beseitigung des Vermittlungshemmnisses Sucht, damit eine Vermittlung auf den 1. oder 2. Arbeitsmarkt stattfinden kann.</p>
<p>Und worin wird dies konkret sichtbar? (Ergebnisqualität)</p>	<p>Es gibt eine gemeinsame Planung bezüglich suchtbezogenen Hilfen und berufsfördernden Integrationsleistungen zwischen den Klienten/Klientinnen, dem Fallmanager im Job-Center und den Mitarbeiter/innen der Suchtberatungsstelle als Beteiligte.</p>
<p>Wodurch wird die Stärke erreicht? → z.B. Konzept → z.B. Methoden, Vorgehensweise → z.B. Ressourcen → z.B. Kooperationen → u.a.</p>	<p>Rechtliche und finanzielle Grundlagen: §16a Nr.4 SGB II. Kostenträger Region Hannover.</p> <p>Kommunale Leistungen zur Eingliederung. Für die Suchtberatung werden 3 + 3 Beratungsgespräche finanziert (Diagnostik der Suchtmittelauffälligkeit bzw. –abhängigkeit + Abklärung, Einleitung von Hilfsmaßnahmen) Parallel im Job-Center durch den Fallmanager Arbeit an der Zielvereinbarung mit Überprüfung.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kooperationstreffen zwischen Job-Center und Suchtberatung • Unterstützung durch die Team-Leitung des Job-Centers • Schulungsangebot durch die Suchtberatung • Nach Anmeldung erstes Beratungsgespräch innerhalb einer Woche

	<ul style="list-style-type: none"> • Rückruf nach dem ersten Beratungsgespräch unter Beachtung der Schweigepflichtsregelung – ohne inhaltliche Angaben • Dreier-Gespräche mit allen Beteiligten werden in der Regel durchgeführt • Absprachen bei Interventionen sind möglich • Vermittlung auch umgekehrt von Suchtberatung zu Job-Center möglich
<p>Werden besondere Instrumente eingesetzt ? wenn ja: welche ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • SUB Anlage 1 Vermittlungsschein für eine Beratung gem. § 16a Nr.4 SGB II • SUB Anlage 2 Rückmeldung der Beratungsstelle an das Job-Center über erbrachte Leistungen und die Stellungnahme • Rückmeldebogen • SuB Anlage 3 und SUB Anlage 4 Einwilligung nach § 4a Bundesdatenschutzgesetz
<p>Was ist/war hilfreich für die Umsetzung ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Örtliche Nähe • Gute telefonische Erreichbarkeit/bzw. Direktwahl bei Rückruf möglich • Überschaubare Anzahl von Ansprechpersonen • Kontinuität der Ansprechpartner (Vertrauensverhältnis) • Gespräche der Beteiligten <u>miteinander</u>, nicht übereinander
<p>Welche Faktoren bestimmen, ob/dass das Angebot / die Methode erfolgreich ist?</p>	<p>Bereitschaft zu Zusammenarbeit muss auf allen Seiten vorliegen</p> <p>System der Eingliederungsvereinbarung muss Unterstützung finden</p>
<p>Welche Schwierigkeiten / Probleme tauchten auf / können auftreten ?</p>	<p>Vorbehalte gegenüber der Zusammenarbeit mit Suchtberatung bzw. Job-Center</p> <p>Klienten/Klientinnen brechen den Beratungsprozess ab</p>

SuB Anlage 1

Exemplar für Suchtberatungsstelle – ausgefüllt -

Datum: 21.10.2011
JobCenter: Jobcenter Region Hannover
pAp/FM: Herr Reuter
Kundennummer:
Bedarfsgemeinschaftsnummer:
E-Mailadresse pAp
E-Mailadresse Teampostfach

**Vermittlungsschein für eine Beratung
gem. § 16a Nr. 4 SGB II**

Dieser Vermittlungsschein dient zur Vorlage bei einer abrechnungsberechtigten Suchtberatungsstelle.

Herr
Name/Vorname:
geb. am:
Anschrift:

wird durch das o. g. JobCenter betreut.

In der Eingliederungsvereinbarung wurde u. a. das Aufsuchen einer Beratungsstelle zum Zweck einer Beratung gem. § 16a Nr. 4 SGB II vereinbart:

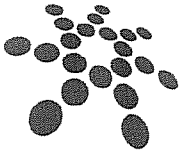
- im Umfang von bis zu 3 Fachleistungsstunden Basisberatung
 als weitergehende Beratung

Dieser Vermittlungsgutschein ist gültig bis zum 20.01.2012.

Dem Vorgenannten sind zur Übergabe an die Beratungsstelle folgende Unterlagen ausgehändigt worden:

Garbsen 21.10.2011

Unterschrift



SuB Anlage 2

Rückmeldung der Beratungsstelle an das Job-Center über erbrachte Leistungen und die Stellungnahme

Beratungsstelle:

Adresse:

Ansprechpartner/in:

Kundennummer:

Bedarfsgemeinschaftsnr.:

Frau / Herr:

geboren am:

wohnhaft:

Die Beratung wurde von der/m Vorgenannten am _____ wahrgenommen.

Stellungnahme der Beratungsstelle an das Job-Center

Z. B.:

1. Ausgangssituation
2. mögliche Zielsetzung
3. notwendige Maßnahmen, Motivation der Kundin/des Kunden

s. Anlage

Ort, Datum

Unterschrift/Stempel

Vermerk nach Erstberatung:

Nach Rückmeldung der Beratungsstelle wird der Vermittlungsschein vom

für Herrn/Frau

um bis zu 3 weitere Fachleistungsstunden erweitert .Die Geltung des Vermittlungsscheines wird bis

zum _____ verlängert.

Ort, Datum

Unterschrift/Stempel (Jobcenter)

SUB Anlage 3

- Exemplar für Kunden -

Kundennummer:

Bedarfsgemeinschaftsnr.:

Name, Vorname

geb. am:

Anschrift:

Telefon: ()-

Einwilligung nach § 4a Bundesdatenschutzgesetz

In der Eingliederungsvereinbarung wurde u. a. das Aufsuchen der Beratungsstelle Suchtberatung Garbsen durch mich vereinbart.

Ich bin damit einverstanden, dass durch das JobCenter

- alle im JobCenter vorliegenden Erkenntnisse zu meinem Suchtmittelkonsumverhalten an die o. g. Beratungsstelle zur Vorbereitung der Beratung weiter gegeben werden.

Ich bin ferner damit einverstanden, dass durch die Beratungsstelle

- die dort erhobenen Erkenntnisse in Bezug auf meine spezifischen Leistungseinbußen und zu notwendigen therapeutischen Maßnahmen sowie zur Prognose,
- die vereinbarten weiteren Schritte

an das o. g. JobCenter weiter gegeben werden. Die Datenübermittlung dient dem Zweck, eine Beratung nach § 16a Nr. 4 SGB II zu ermöglichen, durch die Hemmnisse für meine Eingliederung in das Erwerbsleben beseitigt werden sollen bzw. Erkenntnisse darüber zu gewinnen, inwieweit nach der Beratung Hemmnisse für meine Eingliederung in das Erwerbsleben beseitigt oder zu beseitigen sind.

Ort, Datum

Unterschrift



SuB Anlage 4

Job-Center: _____

Kundennummer: _____

Bedarfsgemeinschaftsnr.: _____

Name, Vorname: _____

geb. am: _____

Anschrift _____

Telefon: _____

Einwilligung nach § 4a Bundesdatenschutzgesetz gegenüber der Beratungsstelle

Ich habe entsprechend der Eingliederungsvereinbarung die Beratung bei der Beratungsstelle _____ wahrgenommen.

Ich bin damit einverstanden, dass durch die Beratungsstelle

- die dort erhobenen Erkenntnisse in bezug auf meine spezifischen Leistungseinbußen und zu notwendigen therapeutischen Maßnahmen sowie zur Prognose,
- die vereinbarten weiteren Schritte,
- _____

an das o. g. Job-Center weiter gegeben werden. Die Datenübermittlung dient dem Zweck, Erkenntnisse darüber zu gewinnen, inwieweit Hemmnisse für meine Eingliederung in das Erwerbsleben beseitigt oder zu beseitigen sind.

Ort, Datum

Unterschrift

**Rückmeldebogen der Beratungsstelle an den Auftraggeber/Fallmanager der
Arbeitsgemeinschaft/optierenden Kommune**

1. Frau/Herr
hat an Beratungsgespräch/en teilgenommen.

Ein Verdacht von Suchtmittelmissbrauch (DSM IV) liegt vor: Ja () Nein () Nicht geklärt ()

Ein Verdacht von Suchtmittelabhängigkeit (ICD-10) liegt vor: Ja () Nein () Nicht geklärt. ()

2. Wir empfehlen folgende Maßnahme:

Ambulant () stationär () teilstationär ()

Sonstiges:

3. Um eine abschließende Stellungnahme/Diagnose abzugeben, bzw. erstellen zu
können, empfehlen wir:

4. Eine Stellungnahme/Diagnose ist wegen fehlender Mitwirkung nicht möglich ().

5. Sonstiges

6. Ich bin mit der Übermittlung dieser Daten an den Auftraggeber/Fallmanager
einverstanden.

Datum/Unterschrift Klient/in

Unterschrift der Beratungsstelle