**C.3.1 Arbeitshilfe „Checkliste Entlassmanagement erwerbsbezogene Fragestellungen“ für den Sozialdienst der Reha-Klinik**

1. Einzuleitende Maßnahmen sind mit dem Rehabilitanden/ der Rehabilitandin besprochen und beantragt (Nachsorge, amb. Betreutes Wohnen, sozialtherapeutische Einrichtung, Adaption u.a.)

Ja □ Nein □

 Art der Maßnahme: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Besteht ein Bedarf an Ausbildung / Fortbildung bei dem Rehabilitanden/ der Rehabilitandin?

Ja □ Nein □

Wenn ja in folgendem Berufsbereich: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Geht er / sie in einen bestimmten (erlernten) Beruf zurück?

Ja □ Nein □

Wenn ja in folgendem Berufsbereich\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Werden die Voraussetzungen für die Beantragung einer LTA erfüllt?

Ja □ Nein □

 Wurde eine LTA beantragt?

Ja □ Nein □

Kennt der Rehabilitand/ die Rehabilitandin das weitere Procedere und den entsprechenden Ansprechpartner\*in?

Ja □ Nein □

Name der Ansprechpartnerin / des Ansprechpartners: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Welche erwerbsbezogene Perspektive wurde im Anschluss an die med. Rehabilitation mit dem Rehabilitanden/ der Rehabilitandin angedacht und besprochen? Welche nächsten Schritte sind geplant? Ist diese Perspektive realistisch?

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Anfertigung und Aushändigung des vorläufigen Entlassbriefes

Ja □ Nein □

1. Erstellung und Aushändigung des Überleitungsbogens

Ja □ Nein □

1. Vollständige Bewerbungsunterlagen inkl. Lebenslauf sind erstellt und stehen dem Rehabilitanden/ der Rehabilitandin zur Verfügung (USB Stick)

Ja □ Nein □

1. Zeugnisse und berufliche Nachweise sind (neu) beschafft

Ja □ Nein □

1. Örtliche Zuständigkeit beim Jobcenter / Agentur für Arbeit ist geklärt, Kontaktaufnahme erfolgt, Rehabilitanden/ Rehabilitandin hat alle erforderlichen Unterlagen, Termin für ein Gespräch nach der med. Reh wurde vereinbart

Ja □ Nein □

Ansprechpartner/in JC/AA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

BG-Nummer: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Kundennummer: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Ist eine stufenweise Wiedereingliederung vorgesehen?

Ja □ Nein □

 Wenn ja, im direkten Anschluss an die med. Rehabilitation? Ja □ Nein □

Wurde die stufenweise Wiedereingliederung bereits beantragt? Ja □ Nein □

Wer ist Kostenträger der Wiedereingliederung? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Rentenversicherung, Krankenversicherung, Unfallversicherung?)

Quelle: Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (2021): Berufliche Teilhabe von abhängigkeitserkrankten Menschen. Weiterentwicklung der Zusammenarbeit im SGB II und SGB III in NRW. Empfehlungen und Umsetzungshinweise für die Praxis, Düsseldorf, Seite 38f.