

Kundendatenblatt Fachdienst Betriebliche Inklusion (FaBI)

Erstkontakt: telefonisch persönlich schriftlich

Datum:

Vorname:

Name:

Adresse:

Telefonnummer:

E-Mail:

Geburtsdatum:

Unterstützer Kontaktdaten:

Informationen:

- Waren sie schon einmal in einer WfbM? Liegt ein Kostenanerkennnis §58 SGBIX vor?
- Bekommen Sie Sozialleistungen, wenn ja welche?
- Erhalten Sie Erwerbsminderungsrente (Voll-/Teil-)?
- Wie ist ihre Mobilität/wie sind sie mobil?
- Was braucht der Arbeitsplatz (Entfernung vom Wohnort, Arbeitszeiten, Teamgröße, Bauliche Voraussetzungen?)
- Was brauchen sie, um gut zu arbeiten?
- Welche Qualifikationen haben sie (Ausbildung, Führerscheine o.ä.)?
- Möchten Sie Teilzeit- oder Vollzeit arbeiten?

Besonderes/Wünsche: