

Anlage zum Vertrag vom

Checkliste Übergangsmanagement

Name des Gef.

Vorname

Geb. Dat:

Ansprechpartner des Auftraggebers/JVA:

Name	Rufnummer	E-Mail

Ansprechpartner des Auftragnehmers:

Name	Rufnummer	E-Mail

Aufgabe		Kontaktdaten	Zuständig		Status		
1.	Wohnung/Unterkunft	Anschrift u. Kontaktdaten	Auftragtrag- nehmer	JVA	Vertrag geschl. am:	Einzug am	Läuft noch
<input type="checkbox"/>	Fachklinik für Substituierte	Einrichtung, Anschrift	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Wohneinrichtung für Substituierte	Einrichtung, Anschrift	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Wohngemeinschaft für Haftentlassene	Einrichtung, Anschrift	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	ambulantes betreutes Wohnen	Einrichtung, Anschrift	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Kontakt Wohnungsbau-gesellschaft	Einrichtung, Anschrift	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Sonstiges	Einrichtung, Anschrift	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
2.	Kontakt zu Einrichtungen der Suchthilfe	Anschrift u. Kontaktdaten			1. Termin am	fand statt	wei- tere
<input type="checkbox"/>	Drogenberatungsstelle	Einrichtung, Anschrift	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Zuständiger Drogenbera- ter:	Name					

<input type="checkbox"/>	Aids Hilfe:	Einrichtung, Anschrift	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ansprechpartner:	Name					
<input type="checkbox"/>	Kontakt zum Gesundheitsamt	Einrichtung, Anschrift	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ansprechpartner	Name					
<input type="checkbox"/>	Weitersubstituierender Arzt	Name	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Örtliche Methadonambulanz	Einrichtung, Anschrift	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ansprechpartner	Name					
<input type="checkbox"/>	Sonstiges	Einrichtung, Anschrift	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ansprechpartner	Name					
3.	Arbeitsvermittlung	Anschrift u. Kontaktdaten			1. Termin am	fand statt	weitere
<input type="checkbox"/>	Kontakt zur Agentur für Arbeit in	AA, Anschrift herstellen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ansprechpartner:	Name					
<input type="checkbox"/>	Kontakt zur ARGE	ARGE, Anschrift herstellen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ansprechpartner:	Name					
<input type="checkbox"/>	mabis.net in	Einrichtung, Anschrift	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ansprechpartner	Name					
4.	Weitere notwendige Aufgaben und Kontakte	Anschrift u. Kontaktdaten			1. Termin am	fand statt	weitere
<input type="checkbox"/>	Behörde / Einrichtung	Anschrift	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	Ansprechpartner	Name					
<input type="checkbox"/>	Behörde / Einrichtung	Anschrift	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	Ansprechpartner	Name					
<input type="checkbox"/>	Behörde / Einrichtung	Anschrift	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	Ansprechpartner	Name					
5.	Sicherung des Lebensunterhaltes				Antrag ab	Bescheid:	läuft
<input type="checkbox"/>	Antrag auf ALG I vorbereiten	Bemerkungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Antrag auf ALG II vorbereiten	Bemerkungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>

<input type="checkbox"/>	WBS beantragen bei:	Einrichtung, Anschrift	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	Ansprechpartner	Name					
<input type="checkbox"/>	Leistungen nach SGB XII	Einrichtung, Anschrift	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	Ansprechpartner	Name					
<input type="checkbox"/>	Kostenübernahme zu 1. klären	Behörde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Krankenversicherungsschutz klären	Behörde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
6.	Notwendige Unterlagen				Anfrage ab	Eingang	läuft
<input type="checkbox"/>	Zu beschaffen	bei	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Zu beschaffen	bei	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Zu beschaffen	bei	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Zu beschaffen	bei	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Zu beschaffen	bei	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
7.	Kontakte Auftragnehmer				2. Termin	3. Termin	weitere
<input type="checkbox"/>	1. persönlicher Kontakt in der JVA	vereinbart für den Datum Ort Uhrzeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	Ansprechpartner	Name					
<input type="checkbox"/>	Beendigung der Maßnahme	Bemerkungen			am		
<input type="checkbox"/>	Abbruch durch Auftragnehmer	Grund			am		
<input type="checkbox"/>	Abbruch durch Gefangene/n	Grund			am		
<input type="checkbox"/>	Abbruch durch Auftraggeber	Grund			am		

Bitte eine Kopie der ausgefüllten Checkliste nach Beendigung an den Auftraggeber zurücksenden.