# Allgemeine Angaben zum Träger:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Name des Bildungsträgers:** |  | | | | | |
| **Rechtsform:** |  | | | | | |
| **Betriebsinhaber bzw. Vertreter gemäß Gesellschaftervertrag o.ä.:** |  | **Geburtsdatum:** | |  | **Geburtsort:** |  |
|  | **Geburtsdatum:** | |  | **Geburtsort:** |  |
| **Ansprechpartner:** |  | **AZAV Verantwortliche(r):** | | |  | |
| **Straße, Nr.:** |  | | | | | |
| **Postleitzahl, Ort:** |  | | | | | |
| **Telefonnummer:** |  | **E-Mail:** |  | | | |
| **FAX:** |  | **Internet:** |  | | | |
| **Angaben zur Zentrale:** | **Verwaltung und Schulungsstandort** | | **nur Verwaltung** | | | |

# Fachbereich:

**Staatlich anerkennung liegt vor**

|  |  |
| --- | --- |
|  | 1. Maßnahmen zur Aktivierung und beruflichen Eingliederung  (SGB III § 45 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 bis 5). |
|  | 1. ausschließlich erfolgsbezogen vergütete Arbeitsvermittlung in versicherungspflichtige Beschäftigung (SGB III § 45 Absatz 4 Satz 3 Nummer 2) |
|  | 1. Maßnahmen der Berufswahl und Berufsausbildung  (Dritter Abschnitt des Dritten Kapitels des Dritten Buches Sozialgesetzbuch) |
|  | 1. Maßnahmen der beruflichen Weiterbildung  (Vierten Abschnitt des Dritten Kapitels des Dritten Buches Sozialgesetzbuch) |
|  | 1. Transferleistungen nach den §§ 110 und 111 des Dritten Buches Sozialgesetzbuch. |
|  | 1. Maßnahmen zur Teilhabe behinderter Menschen am Arbeitsleben  (Siebten Abschnitt des Dritten Kapitels des Dritten Buches Sozialgesetzbuch) |

# Geltungsbereich: (Eine Eingrenzung der Zulassung kann durch den Bildungsträger erfolgen)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Unternehmensteil:** | gesamtes Unternehmen | folgende(n) Teilbereich(e): |
| **Gebietsbereich:** | bundesweit | begrenzt auf: |
| **Wirtschaftszweig:** (Bitte bei Maßnahmen der beruflichen Weiterbildung angeben) | gewerblich-technisch | unternehmensbezogene Dienstleistungen |
| kaufmännisch | personenbezogene und soziale Dienstleistungen |

# Mitarbeiterzahl:

|  |  |
| --- | --- |
| **Gesamtzahl der festangestellten Mitarbeiter:** (Berechnung auf volle Stellen; 50% = ½ Mitarbeiter) |  |
| * **Anzahl der Mitarbeiter in dem zu zertifizierenden Bereich:** (wenn von oben abweichend) |  |
| * **Anzahl der Honorarkräfte im zuzulassenden Bereich (freie Mitarbeitende):** |  |
| * + **Anzahl Unterrichtstage der oben genannten Honorarkräfte pro Jahr insgesamt:** |  |
| **Anzahl der im letzten Jahr durchgeführten AZAV Maßnahmen:**  **Achtung:** Wurden gleiche Maßnahmen mehrmals pro Jahr durchgeführt, sind diese mehrfach zu  zählen. |  |

# Zulassung:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Wurde die Zulassung gemäß Träger AZAV bereits bei einer anderen Zertifizierungsstelle beantragt? | | **ja** | **nein** |
| **Wenn ja, bei welcher Zertifizierungsstelle und mit welcher Entscheidung der Zertifizierungsstelle:** |  | | |
| **Haben Sie bereits Maßnahmen bei einer anderen Zertifizierungsstelle zugelassen?** | **nein**  **ja und zwar**       **Anzahl der Maßnahmen bei folgender Fachkundiger Stelle** | | |

# Maßnahmen:

|  |  |
| --- | --- |
| **Bitte Kursprogramm beilegen:** (wenn vorhanden) | |
| **Anzahl der Maßnahmen die zugelassen werden sollen:** |  |

# System zur Sicherung der Qualität:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Auf welcher Basis ist ein Qualitätssicherungssystem installiert? | | |
|  | DIN EN ISO 9001 | |
|  | DIN ISO 29990 | |
|  | AZAV | |
|  | Sonstige: | |

|  |  |
| --- | --- |
| Wurde dieses System bereits zertifiziert? | |
| ja, bitte Nachweis (Zertifikat) beilegen | nein |

# Angaben zu den Niederlassungen / Schulungsstandorten:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Gibt es weitere Niederlassungen/Schulungsstandorte?** | | | ja | nein | | |
| wenn ja, bitte nachfolgende Tabelle ausfüllen: | | | | | | |
| **Niederlassung/Standort** (Straße, Nr., PLZ, Ort) | **Summe der Unterrichtstage der Honorarkräfte (Jahr/Standort)** | **Anzahl  Mitarbeitende** | **Fachbereiche am Standort \* (Nr. 1-6)** | **Zulassung?** | |
|  |  |  |  | **ja** | **nein** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **Summe** |  |  |  | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Gibt es temporäre Schulungsstätten?** Z.B. Hotelräumlichkeiten Um temporäre Schulungsstätten handelt es sich, wenn kein Personal permanent vor Ort tätig ist. Die Verwaltung und Steuerung der Maßnahme(n) (inklusive der Eignungsfeststellung) erfolgt über die Zentrale oder einen entsprechenden Standort in der Nähe. | | | ja | | nein | | | |
| wenn ja, bitte nachfolgende Tabelle ausfüllen: | | | | | | | | |
| **Temporäre Schulungsstätte** Es ist kein Personal permanent vor Ort. Die Verwaltung und Steuerung der Maßnahme(n) erfolgt über die Zentrale. Die Eignungsfeststellung erfolgt auch durch Personal aus der Zentrale. | **Summe Unterrichtstage der Honorarkräfte (Jahr)** | **Anzahl der Maßnahmen / pro Jahr** | | **Fachbereiche am Standort \* (Nr. 1-6)** | | **Zulassung?** | |
| **ja** | **nein** |
|  |  |  | |  | |  |  |
|  |  |  | |  | |  |  |
|  |  |  | |  | |  |  |
|  |  |  | |  | |  |  |
|  |  |  | |  | |  |  |
|  |  |  | |  | |  |  |
|  |  |  | |  | |  |  |
|  |  |  | |  | |  |  |
|  |  |  | |  | |  |  |
|  |  |  | |  | |  |  |
|  |  |  | |  | |  |  |

\* Bitte geben Sie an, für welchen Fachbereich Sie die Zulassung am Standort beantragen (Nr. 1-6):

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Maßnahmen zur **Aktivierung und beruflichen Eingliederung** | 4. Maßnahmen der **beruflichen Weiterbildung** |
| 2. ausschließlich erfolgsbezogen vergütete **Arbeitsvermittlung** in Beschäftigung | 5. **Transferleistungen** nach den §§ 110 und 111 SGB III |
| 3. Maßnahmen der **Berufswahl und Berufsausbildung** | 6. Maßnahmen zur **Teilhabe behinderter Menschen** am Arbeitsleben |

# Übersicht über die notwendigen Prozesse/Beschreibungen im Qualitätsmanagementhandbuch:

|  |  |
| --- | --- |
|  | |
| Wir haben Ihnen den digitalen Ordner „AZAV-Unterlagen“ übersendet. Bitte befüllen Sie diesen mit den entsprechenden Nachweisen. In der Ordnerstruktur sind auch Vorlagen von QUACERT enthalten.  **Bitte beachten Sie, dass ein internes Audit / interne Überprüfung bis zum Zulassungsaudit durchgeführt werden muss und eine Managementbewertung bis zum Zulassungsaudit erstellt wurde.**  **Zusätzlich (je nach Unternehmen):**   * Aktueller Vereins- oder Handelsregisterauszug bzw. Gewerbeanmeldung (ggf. inkl. Satzung) * Aktueller Gewerbezentralregisterauszug (bei juristischen Personen) * Falls notwendig: Bestätigung der zuständigen Stelle über die Eignung als Ausbildungsstätte | |

**Bearbeitungshinweise:**

Für die Beurteilung zur Erfüllung der Anforderungen zur AZAV benötigen wir detaillierte Angaben. Sie können gerne an der entsprechenden Stelle auf eine bereits vorhandene Dokumentation verweisen. Die Nachweise legen Sie bitte bei. Die Form der Nachweisführung ist vom Medium unabhängig, d.h. eine Nachweisführung ganz oder teilweise in elektronischer Form ist möglich.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Erklärung**  Der Antragsteller verpflichtet sich, der Fachkundigen Stelle, QUACERT nach AZAV § 5 (5) wesentliche Änderungen, die Auswirkungen auf die Trägerzulassung und/oder die Maßnahmenzulassung haben können, unverzüglich anzuzeigen.  Solche Änderungen, die der Antragsteller der Fachkundigen Stelle, QUACERT mitzuteilen hat, sind insbesondere solche, die die Standorte des Trägers, seine Fachbereiche, die Durchführung der Maßnahme und insbesondere die finanzielle und fachliche Leistungsfähigkeit sowie die Anwendung des Systems der Qualitätssicherung betreffen.  Im Rahmen der Änderungsmitteilung ist vom Antragssteller darzulegen, dass die im § 3 und 4 der AZAV genannten Voraussetzungen weiterhin vorliegen.  Es wird versichert, dass alle Angaben der Wahrheit entsprechen. | | | | |
|  |  |  |  |  |
| Ort |  | Datum |  | **Stempel des Bildungsträgers und Unterschrift des Bevollmächtigten** |