

1. Gegenstand des Antrags

<input type="checkbox"/>	Erstzulassung	<input type="checkbox"/>	Re-Zulassung
<input type="checkbox"/>	für einen Zyklus von 3 Jahren	<input type="checkbox"/>	für einen Zyklus von 5 Jahren
<input type="checkbox"/>	Erweiterung der Zulassung (z. B. um einen Standort oder einen Fachbereich)	<input type="checkbox"/>	Übertragungsbegutachtung (Wechsel der Zertifizierungsstelle)
<input type="checkbox"/>	Kombinierte Zertifizierung in Verbindung mit der DIN EN ISO 9001 Bitte zusätzlich die Unternehmensauskunft zur Zertifizierung nach DIN EN ISO 9001 ausfüllen.		
<input type="checkbox"/>	Kombinierte Zulassung mit dem Gütesiegel des Weiterbildung Hessen e.V.	<input type="checkbox"/>	Kombinierte Zulassung mit dem Gütesiegel Weiterbildung des Gütesiegelverbund Weiterbildung e.V.

2. Unternehmensdaten

Name/Bezeichnung: <small>(gemäß Registereintrag)</small>		
Anschrift der Zentrale: <small>(Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)</small>		
Telefon:		Telefax:
Homepage:		
Geschäftsführer/in:		
	<small>(Vorname)</small>	<small>(Nachname)</small>
E-Mail:		
Telefon:		Mobil:
Ansprechpartner/in:		
	<small>(Vorname)</small>	<small>(Nachname)</small>
E-Mail:		
Telefon:		Mobil:
Mitglied bei:	<input type="checkbox"/> Weiterbildung Hessen e.V. <input type="checkbox"/> Weiterbildung Hamburg e.V.	<input type="checkbox"/> Gütesiegelverbund Weiterbildung e.V. <input type="checkbox"/> Sonstige:

3. Beantragte Fachbereiche

Die Zentrale beantragt die Zulassung für folgende/n Fachbereich/e:

Nr.:		Fachbereich	Anzahl Mitarbeiter (Köpfe)	Anzahl Mitarbeiter (Vollzeitäquivalent)*
			Gesamtanzahl:	Gesamtanzahl:
1	<input type="checkbox"/>	Maßnahmen zur Aktivierung und beruflichen Eingliederung - § 45, SGB III	davon im FB 1	davon im FB 1
2	<input type="checkbox"/>	Erfolgsbezogen vergütete Vermittlung in Beschäftigung - § 45 SGB III	davon im FB 2	davon im FB 2
3	<input type="checkbox"/>	Maßnahmen zur Berufswahl und Berufsausbildung - §§ 48 ff SGB III **	davon im FB 3	davon im FB 3
4	<input type="checkbox"/>	Berufliche Weiterbildung (FbW) - § 81 SGB III	davon im FB 4	davon im FB 4
6	<input type="checkbox"/>	Maßnahmen zur Teilhabe behinderter Menschen am Arbeitsleben	davon im FB 6	davon im FB 6

* Zu berücksichtigen sind alle hauptamtlich- und freiberuflich tätigen Mitarbeiter/innen im Geltungsbereich der AZAV und dies gemessen an einem (tariflichen) Vollzeitbeschäftigungsverhältnis. Teilzeitkräfte und geringfügig Beschäftigte sind mit ihrer wöchentlichen/monatlichen Arbeitsleistung entsprechend umzurechnen. Auszubildende im 1. Ausbildungsjahr sind mit 25%, im 2. Ausbildungsjahr mit 50% und ab dem 3. Ausbildungsjahr mit 75 % eines Vollzeitbeschäftigungsverhältnisses anzusetzen.

4. Weitere Standorte (Schulungsstätten)

Neben der Zentrale wird die Zulassung der nachfolgend genannten Standorte beantragt:

Nr.:	Standortname/-bezeichnung (falls abweichend zur Zentrale), Straße, Hausnummer, PLZ, Ort	Fachbereiche	Anzahl Mitarbeiter (Köpfe)	Anzahl Mitarbeiter (Vollzeitäquivalent)*
1.		<input type="checkbox"/> 01 <input type="checkbox"/> 02 <input type="checkbox"/> 03 <input type="checkbox"/> 04 <input type="checkbox"/> 06		
2.		<input type="checkbox"/> 01 <input type="checkbox"/> 02 <input type="checkbox"/> 03 <input type="checkbox"/> 04 <input type="checkbox"/> 06		
3.		<input type="checkbox"/> 01 <input type="checkbox"/> 02 <input type="checkbox"/> 03 <input type="checkbox"/> 04 <input type="checkbox"/> 06		
4.		<input type="checkbox"/> 01 <input type="checkbox"/> 02 <input type="checkbox"/> 03 <input type="checkbox"/> 04 <input type="checkbox"/> 06		
5.		<input type="checkbox"/> 01 <input type="checkbox"/> 02 <input type="checkbox"/> 03 <input type="checkbox"/> 04 <input type="checkbox"/> 06		

Bei weiteren Standorten, bitte füllen Sie „Anhang_Standorte“ aus.

5. Angaben zum Qualitätsmanagementsystem

Verfügt Ihr Unternehmen bereits über ein Qualitätsmanagementsystem?

<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja. - Wenn ja, bitte das entsprechende Regelwerk ankreuzen/eintragen.
	<input type="checkbox"/> DIN EN ISO 9001:2008 <input type="checkbox"/> DIN EN ISO 9001:2015
	<input type="checkbox"/> AZAV <input type="checkbox"/> DIN ISO 29990
	<input type="checkbox"/> Sonstige (z.B. Weiterbildung Hessen e.V. / Gütesiegelverbund Weiterbildung / Weiterbildung Hamburg e.V. / LQW / ...)

Wann tritt/trat Ihr Qualitätsmanagementsystem in Kraft?

Datum:	
--------	--

Gibt es Unternehmensbereiche, die nicht in die Auditierung einbezogen werden sollen?

<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja. - Wenn ja, beschreiben Sie diese bitte nachfolgend.

Wurde Ihr Qualitätsmanagementsystem bereits zertifiziert?

<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja. - Wenn ja, nennen Sie uns bitte die Zertifizierungsstelle.
Name:	
Anschrift:	
Zertifikat:	Gültig bis: Bitte fügen Sie eine Kopie des Zertifikats bei.

6. Angaben zu externen Beratungsleistungen

Hat Ihr Unternehmen eine externe Qualitätsmanagementberatungsleistung zur Vorbereitung auf die Zulassung in Anspruch genommen?

<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja. - Wenn ja, nennen Sie uns bitte die Organisation, Name, Vorname und Anschrift.
Organisation:	
Name, Vorname:	
Anschrift:	

Ergänzende Hinweise zu den Fachbereichen:

** Unter den Fachbereich 3 fallen u.a. nachfolgend genannte Maßnahmen:

- Berufsorientierungsmaßnahmen - § 48 SGB III
- Berufseinstiegsbegleitung (**BerEb**) § 49 SGB III
- Berufsvorbereitende Maßnahmen (**BvB**) - § 51 SGB III
- Vorbereitung auf einen Hauptschulabschluss im Rahmen einer BvB-Maßnahme - § 53 SGB III
- Ausbildungsbegleitende Hilfen (**abH**) - § 75 SGB III
- Außerbetriebliche Berufsausbildung (**BaE**) § 76 SGB III

Der Ersteller versichert, dass alle im SGB III, der AZAV und den aktuellen Empfehlungen geforderten Voraussetzungen erfüllt werden. Für alle beantragten Fachbereiche ist die Durchführbarkeit, sowohl für die Zentrale als auch für die beantragten Standorte (falls zutreffend), sichergestellt. Weiterhin verpflichtet sich der Träger alle wesentlichen Änderungen der Zertifizierungsstelle unverzüglich mitzuteilen.

Die Richtigkeit der oben gemachten Angaben wird hiermit bestätigt.

Ort, Datum

Name des Erstellers

BITTE BEACHTEN!

Bitte senden Sie die Unternehmensauskunft zur Trägerzulassung nach AZAV, einen Registerauszug (GmbH, e. V., etc.), falls zutreffend eine Gewerbebeanmeldung, das Organigramm und das QM-Handbuch des Systems zur Sicherung der Qualität (soweit bereits vorhanden) per E-Mail, Fax oder per Post an:

APV-Zertifizierungs GmbH

Ludwig-Erhard-Str. 8

34131 Kassel

E-Mail: info@apv-zert.de

Fax. 0561-94026309

Anhang Standorte

4. Weitere Standorte (Schulungsstätten)

Neben der Zentrale wird die Zulassung der nachfolgend genannten Standorte beantragt:

Nr.:	Standortname/-bezeichnung (falls abweichend zur Zentrale), Straße, Hausnummer, PLZ, Ort	Fachbereiche	Anzahl Mitarbeiter (Köpfe)	Anzahl Mitarbeiter (Vollzeitäquivalent)*
2.		<input type="checkbox"/> 01 <input type="checkbox"/> 02 <input type="checkbox"/> 03 <input type="checkbox"/> 04 <input type="checkbox"/> 06		
3.		<input type="checkbox"/> 01 <input type="checkbox"/> 02 <input type="checkbox"/> 03 <input type="checkbox"/> 04 <input type="checkbox"/> 06		
4.		<input type="checkbox"/> 01 <input type="checkbox"/> 02 <input type="checkbox"/> 03 <input type="checkbox"/> 04 <input type="checkbox"/> 06		
5.		<input type="checkbox"/> 01 <input type="checkbox"/> 02 <input type="checkbox"/> 03 <input type="checkbox"/> 04 <input type="checkbox"/> 06		
6.		<input type="checkbox"/> 01 <input type="checkbox"/> 02 <input type="checkbox"/> 03 <input type="checkbox"/> 04 <input type="checkbox"/> 06		
7.		<input type="checkbox"/> 01 <input type="checkbox"/> 02 <input type="checkbox"/> 03 <input type="checkbox"/> 04 <input type="checkbox"/> 06		
8.		<input type="checkbox"/> 01 <input type="checkbox"/> 02 <input type="checkbox"/> 03 <input type="checkbox"/> 04 <input type="checkbox"/> 06		
9.		<input type="checkbox"/> 01 <input type="checkbox"/> 02 <input type="checkbox"/> 03 <input type="checkbox"/> 04 <input type="checkbox"/> 06		
10.		<input type="checkbox"/> 01 <input type="checkbox"/> 02 <input type="checkbox"/> 03 <input type="checkbox"/> 04 <input type="checkbox"/> 06		
11.		<input type="checkbox"/> 01 <input type="checkbox"/> 02 <input type="checkbox"/> 03 <input type="checkbox"/> 04 <input type="checkbox"/> 06		
12.		<input type="checkbox"/> 01 <input type="checkbox"/> 02 <input type="checkbox"/> 03 <input type="checkbox"/> 04 <input type="checkbox"/> 06		
13.		<input type="checkbox"/> 01 <input type="checkbox"/> 02 <input type="checkbox"/> 03 <input type="checkbox"/> 04 <input type="checkbox"/> 06		
14.		<input type="checkbox"/> 01 <input type="checkbox"/> 02 <input type="checkbox"/> 03 <input type="checkbox"/> 04 <input type="checkbox"/> 06		
15.		<input type="checkbox"/> 01 <input type="checkbox"/> 02 <input type="checkbox"/> 03 <input type="checkbox"/> 04 <input type="checkbox"/> 06		
16.		<input type="checkbox"/> 01 <input type="checkbox"/> 02 <input type="checkbox"/> 03 <input type="checkbox"/> 04 <input type="checkbox"/> 06		
17.		<input type="checkbox"/> 01 <input type="checkbox"/> 02 <input type="checkbox"/> 03 <input type="checkbox"/> 04 <input type="checkbox"/> 06		
18.		<input type="checkbox"/> 01 <input type="checkbox"/> 02 <input type="checkbox"/> 03 <input type="checkbox"/> 04 <input type="checkbox"/> 06		
19.		<input type="checkbox"/> 01 <input type="checkbox"/> 02 <input type="checkbox"/> 03 <input type="checkbox"/> 04 <input type="checkbox"/> 06		
20.		<input type="checkbox"/> 01 <input type="checkbox"/> 02 <input type="checkbox"/> 03 <input type="checkbox"/> 04 <input type="checkbox"/> 06		
21.		<input type="checkbox"/> 01 <input type="checkbox"/> 02 <input type="checkbox"/> 03 <input type="checkbox"/> 04 <input type="checkbox"/> 06		