



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

3. 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)*
Zentrale.					
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					
9.					
10.					
11.					

Unternehmensauskunft zur Trägerzulassung nach AZAV



Nr.:	Standortname/-bezeichnung (falls abweichend zur Zentrale), Straße, Hausnummer, PLZ, Ort	Fachbereiche		Anzahl Mitarbeiter (Köpfe)	Anzahl Mitarbeiter (Vollzeitäquivalent)*
12.					
13.					
14.					
15.					
16.					
17.					
18.					
19.					
20.					
21.					
22.					
23.					

* 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 sind mit dem gesetzlich/ behördlich vorgegebenen Stellenanteil zu berechnen.

4. 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 9001:2015
		<input type="checkbox"/>	DIN EN ISO 9001:2015 + AZAV
		<input type="checkbox"/>	AZAV
		<input type="checkbox"/>	Sonstige (z.B. Weiterbildung Hessen e.V. / Gütesiegelverbund Weiterbildung / Weiterbildung Hamburg e.V. / LQW / ...)

Wie wird/ist Ihr Qualitätsmanagementsystem aufgebaut?

<input type="checkbox"/>	Ein einziges Qualitätsmanagementsystem mit zugehörigen Verfahrensanweisungen oder Prozessbeschreibungen für die Zentrale und ggf. vorhandene Standorte.
<input type="checkbox"/>	Ein Qualitätsmanagementsystem mit zugehörigen Verfahrensanweisungen oder Prozessbeschreibungen pro Standort.

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/ zugelassen?

<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja. - Wenn ja, nennen Sie uns bitte die Zertifizierungsstelle/ FKS.
Name:			
Anschrift:			
Zertifikat:		Gültig bis:	
Bitte fügen Sie eine Kopie des Zertifikats/ der Zertifikate bei (inkl. Der Maßnahmenzertifikate)			
Übertragungsbegutachtung. Bitte unter folgendem Link die Checkliste ausfüllen: https://apv-zert.de/dokumente-azav/			

5. Angaben zu externen Beratungsleistungen

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

<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja. - Wenn ja, nennen Sie uns bitte die Organisation und den Namen des Beraters.
Name der Organisation:			
Anschrift der Organisation:			
Name, Vorname und Anschrift der beratenden Person			

Der Ersteller versichert, dass alle im SGB III, der AZAV, den aktuellen Empfehlungen, Umsetzungshinweisen und sonstigen thematischen Veröffentlichungen 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.), Gesellschaftervertrag/ Satzung, eine Gewerbeanmeldung, Zulassung/en dritter Stellen, QM-Dokumentation/ QM-Handbuch, das Organigramm, eine Übersicht der Prozesse/ Prozesslandkarte, Managementbewertung und interner Auditbericht per E-Mail, Fax oder per Post an: APV-Zertifizierungs GmbH, Ludwig-Erhard-Str. 8, 34131 Kassel; info@apv-zert.de; Fax: 0561-94026309

Wir verarbeiten Ihre, in diesem Formular eingegebenen, personenbezogenen Daten ausschließlich für die Beantwortung bzw. Verarbeitung Ihrer Anfrage. Wie wir weitere personenbezogene Daten verarbeiten entnehmen Sie bitte unserer Datenschutzerklärung auf der Homepage (<https://apv-zert.de/impressum/>).

Vielen Dank.

Anmerkung (wird von der APV ausgefüllt):

**** Neben den oben aufgeführten Nachweisen benötigen wir noch folgende Unterlagen** (laut §2 Trägerzulassung AZAV - bitte wenn möglich als Datei übermitteln):

- eine Übersicht der Räumlichkeiten (Raumpläne mit Inventar/Ausstattung)
- eine Übersicht des aktuellen Angebots an Maßnahmen mit arbeitsmarktlichen Ergebnissen (soweit zutreffend)
- eine Darstellung von Art und Umfang der Zusammenarbeit mit Akteuren des Ausbildungs- und Arbeitsmarktes und Dritten (meist im QM-Handbuch beschrieben)
- eine Darstellung der Methoden, mit denen Sie aktuelle arbeitsmarktrelevante Entwicklungen berücksichtigen, vor allem im Bereich der Maßnahmen (meist im QM-Handbuch beschrieben)
- Verfahren der Bewertungen durch Teilnehmer*innen und Betriebe und vorliegende Bewertungen (soweit zum jetzigen Zeitpunkt vorhanden)
- eine Qualifikationsmatrix des Personals (inkl. Leitung) mit folgenden Angaben: Name, Qualifikation, Weiterqualifikationen, Fort- und Weiterbildungen, im Unternehmen tätig sein, in der Erwachsenenbildung tätig seid, Erfahrungen im Fachbereich (inkl. methodisch-didaktischer Kompetenz), Unterrichtsschwerpunkte. Bitte noch vorliegende Bewertungen durch Teilnehmer*innen (soweit vorhanden) und einen Lebenslauf beifügen.
- QM-Handbuch inkl. Prozessbeschreibung des Kernprozesses, Leitbild, aktuellen Zielen, Prozessbeschreibung/Konzept Qualifizierung/Fortbildung des Personals, Methoden zur Förderung der individuellen Entwicklungs-, Eingliederungs- und Lernprozesse der Teilnehmenden, Methoden der Bewertung der durchgeführten Maßnahmen sowie ihrer arbeitsmarktlichen Ergebnisse, Beschreibung eines systematischen Beschwerdemanagementverfahrens und des Verfahrens zur Befragung von Teilnehmer*innen.

Sollten nicht alle Unterlagen bei Antragstellung vorliegen, reichen Sie uns diese bis spätestens zum Audittermin nach. Vielen Dank.

senden