|  |
| --- |
| *Bitte Zutreffendes ankreuzen!* |
| **Wir wünschen eine** | **AZAV** |  |
| Erstzulassung | [ ]  |  |
| Erneute Zulassung | [ ]  |  |
| Überwachung | [ ]  |  |
| Übertragung | [ ]  |  |
| Anerkennung nach dem **Bremer Weiterbildungsgesetz (BremWBG)** | [ ]  ja [ ]  nein |

|  |
| --- |
| **1. Angaben zum Unternehmen** |
|  |
| **Unternehmensname:**(offizielle Rechtsform) |       |
| Träger-bzw. Konzernzugehörigkeit:(falls zutreffend) |       |
|  |  |
| **Hauptsitz**Adresse:(Straße, PLZ, Ort) |       |
| Telefon: |       | Fax: |       |
| **Zentrale\***falls abweichend vom HauptsitzAdresse:(Straße, PLZ, Ort) |       |
| Telefon: |       | Fax: |       |
| Website: |       | E-Mail: |       |

**\*** Die Zentrale steuert das QM-System.

|  |
| --- |
| **2. Ansprechpartner\*innen** |
|  |
| Geschäftsführung/Inhaber\*in: |       |
| Telefon: |       | E-Mail: |       |
|  |
| Ansprechpartner\*in: |       | Funktion: |       |
| Telefon: |       | E-Mail: |       |

|  |
| --- |
| **3. Fachbereiche der Trägerzulassung nach AZAV § 5 (1)** |
| *Die Trägerzulassung nach AZAV wird für folgende Fachbereiche beantragt:* |
| [ ]  | **Fachbereich 1: Maßnahmen zur Aktivierung und beruflichen Eingliederung**  |  |
|  | [ ]  Maßnahmen zur Aktivierung und beruflichen Eingliederung – § 45 SGB III (1) 1 Nr. 1 / 4 / 5 |
|  | [ ]  Maßnahmen zur Förderung schwer zu erreichender junger Menschen – § 16 h SGB II |
| [ ]  | **Fachbereich 2: Erfolgsbezogen vergütete Vermittlung in Beschäftigung** – **§ 45 SGB III (4) 3 Nr. 2** |
| [ ]  | **Fachbereich 3: Maßnahmen zur Berufswahl und Berufsausbildung** – **§§ 48 ff SGB III** |
|  | [ ]  Maßnahmen zur Förderung schwer zu erreichender junger Menschen – § 16 h SGB II |
|  | [ ]  Berufsorientierungsmaßnahmen – § 48 SGB III |
|  | [ ]  Berufseinstiegsbegleitung **(BerEB)** – § 49 SGB III |
|  | [ ]  Berufsvorbereitende Maßnahmen **(BvB)** – § 51 SGB III |
|  | [ ]  Ausbildungsbegleitende Hilfen **(abH)** – § 75 SGB III |
|  | [ ]  Außerbetriebliche Berufsausbildung **(BaE)** – § 76 SGB III |
|  | [ ]  Assistierte Ausbildung **(AsA)** – § 130 SGB III |
| [ ]  | **Fachbereich 4: Berufliche Weiterbildung (FbW)** – **§§ 81 ff. SGB III** |  |
| [ ]  | **Fachbereich 5: Transferleistungen** – **§§ 110 + 111 SGB III** |  |
| [ ]  | **Fachbereich 6: Maßnahmen zur Teilhabe behinderter Menschen am Arbeitsleben** |
|  | [ ]  Maßnahmen zur Teilhabe behinderter Menschen – §§ 115 ff SGB III |
|  | [ ]  Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation – § 51 SGB IX |
|  | [ ]  Leistungen im Eingangsverfahren und im Berufsbildungsbereich – § 57 SGB IX |
|  | [ ]  Sonstige Leistungen (z.B. § 60 SGB IX)  |

|  |
| --- |
| **4. Standort des Unternehmens mit Anzahl der Mitarbeitenden** |
| *Die Zulassung wird für folgenden* ***Standort\**** *beantragt:* |
| **Straße, PLZ, Ort** |
|       |
| **Anzahl Mitarbeitende** (auf Vollzeit-Äquivalente hochgerechnet) |
| **festangestellt** | **freiberuflich** |
|       |       |

**\*** Bitte nutzen Sie bei mehr als einem Standort unsere gesonderte „**Standortliste mit Aktivitäten“**. In diese werden auch dem Standort zugeordnet, die Anzahl der Mitarbeitenden eingetragen. Diese Liste können Sie bei uns anfordern oder auf unserer Internetseite abrufen: [www.bag-cert.de/downloads](http://www.bag-cert.de/downloads)

|  |
| --- |
| **5. Verbundzertifizierung (gilt nur für die Zulassung mehrerer Standorte)** |
| Bei einer Verbundzertifizierung wird bei der Auswahl zu prüfender Standorte das Stichprobenverfahren angewandt. Ihr Unternehmen versichert, * dass die Prozesse im Wesentlichen gleichartig sind und mit ähnlichen Methoden durchgeführt werden,
* dass alle Standorte nach einem einheitlichen und zentral gelenkten Qualitätsmanagementsystem arbeiten,
* dass alle Standorte dem internen Auditprogramm der Organisation unterliegen,
* dass alle Standorte einer zentralen Managementbewertung unterliegen.
 |

|  |
| --- |
| **6. Informationen zum Qualitätsmanagement** |

|  |
| --- |
| Gibt es bereits ein eingeführtes Qualitätsmanagement? [ ]  ja [ ]  nein |
| Ist das Qualitätsmanagement extern zertifiziert? [ ]  ja [ ]  nein |
| Durch welche Fachkundige Stelle / Zertifizierungsstelle?       |

**Die Richtigkeit aller Angaben bestätigt:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|       |  |       |
| Ort / Datum |  | Stempel / Unterschrift gesetzliche/r Vertreter\*in |

|  |
| --- |
| Sie können alle für die Zulassung relevanten Unterlagen auf der Webseite der bag cert gmbh unter[www.bag-cert.de/downloads](http://www.bag-cert.de/downloads) einsehen und herunterladen. Dort finden Sie die jeweils aktuell gültige Fassung. Auf Anfrage schicken wir Ihnen die Unterlagen auch gerne zu! |
| **Bitte senden Sie die Selbstauskunft an:**  | bag cert gmbh | Universitätsallee 5 | 28359 Bremen |
| Telefon: 0421 364927-30 | Fax: 0421 364927-31 |
| E-Mail: info@bag-cert.de | [www.bag-cert.de](http://www.bag-cert.de) |