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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| *Bitte Zutreffendes ankreuzen!* | | | |  |
| **Wir wünschen eine** | **AZAV** | **DIN EN ISO 9001:2015** |  |
| Erstzertifizierung |  |  |  |
| Erstzulassung |  |  |  |
| Rezertifizierung |  |  |  |
| Erneute Zulassung |  |  |  |
| Überwachung |  |  |  |
| Übertragung |  |  |  |
| Anerkennung nach dem **Bremer Weiterbildungsgesetz (BremWBG)** | | | ja  nein |  |

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

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **3.1 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) | |

|  |
| --- |
| **3.2 Anwendungsbereich des Qualitätsmanagementsystems nach DIN EN ISO 9001:2015** |
| *Die Zertifizierung nach DIN EN ISO 9001:2015 wird für folgende Geschäftsprozesse beantragt:* |
|  |

Bitte geben Sie an, welche Anforderungen der ISO 9001:2015 in Ihrem Qualitätsmanagementsystem   
**nicht** zur Anwendung kommen:

Messtechnische Rückführbarkeit (ISO 7.1.5.2)

Entwicklung von Produkten und Dienstleistungen (ISO 8.3)

|  |  |
| --- | --- |
| **4. Standort des Unternehmens mit Anzahl der Mitarbeitenden** | |
| *Die Zertifizierung 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**. 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 Zertifizierung mehrerer Standorte)** |
| Bei einer Verbundzertifizierung, d.h. einer Zertifizierung mehrerer Standorte eines Unternehmens im Stichprobenverfahren, versichert das Unternehmen,   * dass eine Zentrale existiert, die einen rechtlichen bzw. vertraglichen Zugriff hat auf alle Standorte hinsichtlich des Qualitätsmanagementsystems, * 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 Geschäftsführung |

|  |  |
| --- | --- |
| Sie können alle für die Zertifizierung 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](mailto:info@bag-cert.de) | [www.bag-cert.de](http://www.bag-cert.de) | |