|  |  |
| --- | --- |
| Unternehmen: |  |
| nach AZAV zugelassen durch[[1]](#footnote-1): | im Fachbereich Nr.      [[2]](#footnote-2) |
| Trägerzulassung gültig bis: |  |
| Gesetzliche\*r Vertreter\*in: |  |
| Geschäftssitz: |  |
| Ansprechpartner\*in: |  |
| Telefon: |  |
| Fax: |  |
| E-Mail: |  |

Haben Sie bereits einen Antrag auf Zulassung dieser Referenzliste bei einer **anderen Fachkundigen Stelle**  
gestellt?  ja  nein

***Falls ja****, wurde diese Maßnahme bereits*

*zugelassen?*  ja  nein am:       bei:

*abgelehnt?*  ja  nein am:       bei:

*ausgesetzt?*  ja  nein am:       bei:

*zurückgezogen?*  ja  nein am:       bei:

**Wir beantragen die Zulassung einer Referenzauswahl**(ist nur möglich, wenn alle Maßnahmen innerhalb des B-DKS liegen!)

mit Maßnahmen nach § 45 SGB III.

mit Maßnahmen nach §§ 81 ff. SGB III.

**Wir beantragen die Zulassung einer Modularen Maßnahme**(Bei Überschreitung des B-DKS wird jedes Modul/jeder Maßnahmebaustein einzeln geprüft!)

**Titel Modulare Maßnahme:**

mit Maßnahmebausteinen nach § 45 SGB III.

mit Maßnahmebausteinen nach §§ 81 ff. SGB III.

Bitte beachten, dass die ausgewählten Maßnahmen bzw. Module/Maßnahmebausteine für die Einzelprüfung **3 bis 4 Monate vor dem gewünschten Zulassungstermin** einzureichen sind.

**Gewünschter Zulassungstermin zum**

Bitte nutzen Sie die aktuellen Antragsunterlagen unter <https://www.bag-cert.de/downloads.html>.

Bitte reichen Sie Ihre vollständigen und prüffähigenUnterlagen ausschließlich **elektronisch** ein.  
Hierfür stellen wir Ihnen gern einen **Link mit Passwort** für einen **Cloudordner** zur Verfügung.

Sollte eine Zulassung trotz zweimaliger Nachforderung von Unterlagen und/oder innerhalb von 3 Monaten nach Antragstellung nicht möglich sein, so wird eine erneute Antragstellung erforderlich.

|  | **Anlagen für § 45 SGB III** | | | **Nr.** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Verbindliche Anlagen zum Antrag** | | |  |
|  | Referenzliste (entweder für Maßnahmen oder Maßnahmebausteine) | | |  |
|  | Übersicht Räume und Ausstattung (bag cert Formular – Anlage 1) | | |  |
|  | Übersicht über Qualifikation des Personals (bag cert Formular – Anlage 2)  Bitte schicken Sie für **jeden** Mitarbeitenden in der ausgefüllten Anlage 2 die **einschlägigen Qualifikationsnachweise** in PDF-Form mit – gemäß AZAV § 2 (3) Nr. 1 + 2.  Ausgenommen davon sind kommunale Unternehmen (JC/BBS/VHS). | | |  |
|  | **Anlagen (so zutreffend)** | **Ja** | **Nein** | **Nr.** |
|  | Nachweis der Trägerzulassung (wenn Sie **nicht** durch bag cert gmbh zugelassen wurden) |  |  |  |
|  | Standortliste (wenn die Zulassung an mehreren Standorten erfolgen soll) |  |  |  |
|  | bei Unterauftragsvergabe: Kooperationsvertrag und AZAV-Zertifikat |  |  |  |
|  | **Anlagen für §§ 81 ff. SGB III** | | | **Nr.** |
|  | **Verbindliche Anlagen zum Antrag** | | |  |
|  | Referenzliste (entweder für Maßnahmen oder Maßnahmebausteine) | | |  |
|  | Übersicht Räume und Ausstattung (bag cert Formular – Anlage 1) | | |  |
|  | Übersicht über Qualifikation des Personals (bag cert Formular – Anlage 2)  Bitte schicken Sie für **jeden** Mitarbeitenden in der ausgefüllten Anlage 2 die **einschlägigen Qualifikationsnachweise** in PDF-Form mit – gemäß AZAV § 2 (3) Nr. 1 + 2.  Ausgenommen davon sind kommunale Unternehmen (JC/BBS/VHS). | | |  |
|  | Berufsbeschreibungen aus der [KldB 2010](https://statistik.arbeitsagentur.de/DE/Navigation/Grundlagen/Klassifikationen/Klassifikation-der-Berufe/KldB2010-Fassung2020/Onlineausgabe-KldB-2010-Fassung2020/Onlineausgabe-KldB-2010-Fassung2020-Nav.html) (für jede Systematikposition in der Referenzliste) | | |  |
|  | **Anlagen (so zutreffend)** | **Ja** | **Nein** | **Nr.** |
|  | Nachweis der Trägerzulassung (wenn Sie **nicht** durch bag cert gmbh zugelassen wurden) |  |  |  |
|  | Standortliste (wenn die Zulassung an mehreren Standorten erfolgen soll) |  |  |  |
|  | bei über 10 % Unterauftragsvergabe: Kooperationsvertrag und AZAV-Zertifikat |  |  |  |
|  | Nachweis der Erfüllung der gesetzlichen Voraussetzungen, wie z.B.:   1. Finanzierungssicherstellung bei nicht verkürzbaren Ausbildungen 2. Zulassung als Ersatzschule 3. Abnahmeberechtigungen von Prüfungen 4. Bestätigung der Eignung als Ausbildungs- bzw. Umschulungsstätte (**maßnahme- und ortsbezogen**; Die beantragten Standorte müssen darin benannt sein.) |  |  |  |

**Wir beantragen die Prüfung einer Referenzliste:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  |  | Name in Druckbuchstaben  (Gesetzliche Vertretung) |
|  |  |  |
| Ort, Datum |  | Stempel und Unterschrift Antragsteller  (Gesetzliche Vertretung) |

Sie erhalten von uns zeitnah eine Rückmeldung, welche Maßnahmen bzw. Maßnahmebausteine wir im Einzelnen prüfen. Bitte reichen Sie uns dann für jede Maßnahme bzw. jeden Maßnahmebaustein zur Einzelprüfung einen **Zulassungsantrag mit Konzept inkl. der Anlagen** und **Kostenkalkulation mit Nachweisen** ein.

1. Bitte legen Sie Ihr Zertifikat zur Trägerzulassung bei, falls Sie nicht durch bag cert gmbh zugelassen wurden. [↑](#footnote-ref-1)
2. Fachbereich 1: Maßnahmen nach § 45 SGB III, Fachbereich 4: Maßnahmen nach §§ 81 ff. SGB III [↑](#footnote-ref-2)