#  Angaben zum Bildungsträger:

|  |  |
| --- | --- |
| **Name des Bildungsträgers:** |       |
| **Straße, Nr.** |      ,      ,  |
| **Postleitzahl, Ort** |      ,       |
| **Telefonnummer:** |       | **E-Mail:** |       |
| **FAX:** |       | **Internet:** |       |
| **Rechtsform:**  |       |
| **Ansprechpartner:**  |      **QMB:** |
| **Angaben zur Zentrale:** | **[ ]  Verwaltung und Bildungsstätte** | **[ ]  nur Verwaltung**  |
| **Angaben zum Antrag:** | [ ]  **Erstantrag:** | [ ]  **erneuter Antrag** |
| **Geplanter Audittermin:**  |       |

# Zuzulassende Fachbereiche:

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  | **1. Maßnahmen zur Aktivierung und beruflichen Eingliederung nach § 45 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 bis 5 des Dritten Buches Sozialgesetzbuch.** |
| [ ]  | **2. ausschließlich erfolgsbezogen vergütete Arbeitsvermittlung in versicherungspflichtige Beschäftigung nach § 45 Absatz 4 Satz 3 Nummer 2 des Dritten Buches Sozialgesetzbuch.**  |
| [ ]  | **3. Maßnahmen der Berufswahl und Berufsausbildung nach dem Dritten Abschnitt des Dritten Kapitels des Dritten Buches Sozialgesetzbuch.** |
| [ ]  | **4. Maßnahmen der beruflichen Weiterbildung nach dem Vierten Abschnitt des Dritten Kapitels des Dritten Buches Sozialgesetzbuch.**  |
| [ ]  | **5. Transferleistungen nach den §§ 110 und 111 des Dritten Buches Sozialgesetzbuch.** |
| [ ]  | **6. Maßnahmen zur Teilhabe behinderter Menschen am Arbeitsleben nach dem Siebten Abschnitt des Dritten Kapitels des Dritten Buches Sozialgesetzbuch.** |

#  Anzahl der Mitarbeitenden und Standorte:

|  |  |
| --- | --- |
| **Gesamtzahl der festangestellten Mitarbeitenden** (Berechnung auf volle Stellen; 50% = ½ Mitarbeitender) |       |
| * **Anzahl der Mitarbeitenden in dem zuzulassenden Bereich** (wenn von oben abweichend)
 |       |
| * **Anzahl der Honorarkräfte im zuzulassenden Bereich (freie Mitarbeitende):**
 |       |
| * **Anzahl Unterrichtsstunden (UE) der oben genannten Honorarkräfte pro Jahr insgesamt:**
 |       |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Niederlassung/Standort (Straße, Nr., PLZ, Ort)** (bitte ggf. ein weiteres Blatt benutzen): | **AnzahlMitarbeitende** | **Summe der Unter-richtsstunden (UE) der Honorarkräfte** (Jahr/Standort) | **Fachbereiche am Standort** (Nr. 1-6) | **Mit Verwaltung?** |
|  | **ja** | **nein** |
|  |  |  |  | [ ]  | [ ]  |
|  |  |  |  | [ ]  | [ ]  |
|  |  |  |  | [ ]  | [ ]  |
|  |  |  |  | [ ]  | [ ]  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Sind die Niederlassungen/Standorte juristisch eigenständige Personen?** | [ ] [ ]  ja | [ ] [ ]  nein |
| **Rechtliche/vertragliche Bindung aller Standorte mit der Zentrale vorhanden?** | [ ]  ja | [ ]  nein |
| **Hat die Zentrale die Befugnis und Fähigkeit organisatorische Änderungen einzuleiten? (in Bezug auf: Systemdokumentation und -änderungen, Managementbewertung, Beschwerden, Bewertung von Korrekturmaßnahmen, Planung interner Audits und Bewertung der Ergebnisse und gesetzliche/behördliche Anforderungen)** | [ ]  ja | [ ]  nein |
| **Anwendung eines einzigen Managementsystems in der gesamten Organisation?** | [ ]  ja | [ ]  nein |
| **Unterliegt das Managementsystem einer zentralen Bewertung?** | [ ]  ja | [ ]  nein |
| **Unterliegen alle Standorte dem internen Auditprogramm?** | [ ]  ja | [ ]  nein |
| **Gibt es zentrale Prozesse die für alle Standorte erbracht werden?**  | [ ] ja | [ ]  nein |
| **Folgende Prozesse sind zentralisiert:** |       |

# Bildungsmaßnahmen

|  |  |
| --- | --- |
| **Zuzulassende Bildungsmaßnahmen (Anzahl):** |       |
| **Bezeichnung der Bildungsmaßnahmen z.B.** (bitte ggf. ein eigenes Blatt benutzen):  |
| **01** |       | **06** |       |
| **02** |  | **07** |  |
| **03** |       | **08** |       |
| **04** |  | **09** |  |
| **05** |       | **10** |       |

#  Qualitätssicherungssystem

|  |
| --- |
| **Allgemeine Fragen zum Management-System?** |
| * + **Seit wann existiert Ihr Management-System?**
 |       |
| * + **Wurden Sie beim Aufbau Ihres Management-Systems von einem externen Berater unterstützt?**
 | **[ ]**  | **ja** | **[ ]**  | **nein** |
| * + **Wenn ja, Angabe des Beraters / der Beratungsgesellschaft:**
 |       |
| **Wurde dieses System bereits zertifiziert/zugelassen?** |
| **[ ]**  | **ja, bitte Nachweis (Zertifikat) beilegen** | **[ ]**  | **Nein** |
| **Zusätzlich zur AZAV-Trägerzulassung wünschen wir eine Zertifizierung gemäß:** |
| **[ ]**  | **DIN EN ISO 9001** | **[ ]**  |       |
| **Bitte legen Sie (falls vorhanden) ein aktuelles Organigramm bei** |

**,**

**Ort, Datum Stempel, Unterschrift**