# 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): | **Anzahl Mitarbeitende** | **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**