|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Mit dieser Anfrage sollen Informationen zur Erstellung eines Kostenvoranschlags eingeholt werden. Diese Anfrage verpflichtet nicht zur Durchführung des Zertifizierungsverfahrens bei EQ ZERT. |  | EQ ZERT  Eberhard-Finckh-Straße 26  89075 Ulm  Fon 07 31-18 48 68-0  Fax 07 31-18 48 68-10  E-Mail eqzert@eqzert.de  Internet www.eqzert.de |

Angaben zum Träger

|  |  |
| --- | --- |
| Firma/Organisation: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Gesellschaftsform: |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | Ansprech- |  |
| Straße, Nr.: |  |  | Partner/in: |  |
|  |  |  |  |  |
| PLZ, Ort: |  |  | Funktion: |  |
|  |  |  |  |  |
| Telefon: |  |  | E-Mail: |  |

**Unternehmensleitung** (Betriebsinhaber, Geschäftsführung oder Vertretungsberechtigter)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Name, Vorname: |  |  | Funktion: |  | seit: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Angebotene Leistungen: |  |
|  |  |
|  |  |

|  |
| --- |
| Wurde externe Beratungsleistung beim Aufbau des QM-Systems in Anspruch genommen? |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Nein |  |  | Ja (bitte angeben): |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Basis des QM-Systems (z.B. ISO 9001)? |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Bestehen bereits Zertifizierungen? |  | Nein |  |  | Ja, nach: |  | seit: |  |

|  |
| --- |
| Wurde eine AZAV-Zulassung bereits von einer anderen Stelle abgelehnt? |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Nein |  |  | Ja, von wem / wann: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Welche Zertifizierung/Zulassung wird angestrebt? | Zieltermin Zertifizierung |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Trägerzulassung nach AZAV |  | Maßnahmenzulassung nach AZAV |  |  |

Ist eine gleichzeitige Zertifizierung mit einer anderen Zertifizierungsgrundlage gewünscht (z.B. ISO 9001)?

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Nein |  |  | Ja, nach: |  |

Angaben zu den zu zertifizierenden Standorten

Bei den Angaben zur „Mitarbeiterzahl“ sollen nur die Personen berücksichtigt werden, die Leitungs-, Beratungs-, Betreuungs- und Lehrtätigkeiten an den Standorten im Geltungsbereich der AZAV ausführen.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | **Mitarbeiterzahl** | | | |
|  | **Straße** | **PLZ, Ort** | **Vollzeit** | **Teilzeit** | **Honorarkräfte 1)** | **zu Betreuende2)** |
| Zentrale |  |  |  |  |  |  |
| Nr. 1 |  |  |  |  |  |  |
| Nr. 2 |  |  |  |  |  |  |
| Nr. 3 |  |  |  |  |  |  |
| Nr. 4 |  |  |  |  |  |  |
| Nr. 5 |  |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Mitarbeiterzahl gesamt umgerechnet in Vollzeitstellen: |  |

1) Die Anzahl der Honorarkräfte muss gemäß des jeweils vereinbarten Stundenumfangs unter „Mitarbeiterzahl gesamt“ umgerechnet auf volle Stellen hinzugerechnet werden

2) Bei Werkstätten für Menschen mit Behinderung ist hier die Anzahl der Mitarbeitenden mit Behinderung anzugeben.

Falls die Standortübersicht zur Bearbeitung der Anfrage nicht ausreicht, können weitere Standorte über eine entsprechende Anlage aufgelistet werden.

Angaben über die zuzulassenden Fachlichen Geltungsbereiche der Trägerzulassung gemäß §5 AZAV:

|  |  |
| --- | --- |
|  | Maßnahmen zur Aktivierung und beruflichen Eingliederung nach § 45 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 bis 5 SGB III |
|  | Maßnahmen der Berufswahl und Berufsausbildung nach Abschnitt 3 Kapitel 3 SGB III |
|  | Maßnahmen der beruflichen Weiterbildung nach Abschnitt 4 Kapitel 3 SGB III |
|  | Maßnahmen zur Teilhabe behinderter Menschen am Arbeitsleben nach Abschnitt 7 Kapitel 3 SGB III |

|  |  |
| --- | --- |
| Anzahl der Maßnahmen, die zugelassen werden sollen: |  |

Angaben über die zuzulassenden Fachlichen Geltungsbereiche der Maßnahmenzulassung:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Berufliche Weiterbildung (FbW) nach § 176 i.V.m. §§ 179 und 180 SGB III | |
|  | Heranführung an den Ausbildungs- und Arbeitsmarkt sowie Feststellung, Verringerung oder Beseitigung von Vermittlungshemmnissen nach § 45 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB III | |
|  | Heranführung an eine selbstständige Tätigkeit nach § 45 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 SGB III | |
|  | Sonstige: |  |

Mit Unterschrift bestätigt der Träger die Richtigkeit der in dieser Anfrage gemachten Angaben.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Ort, Datum |  | rechtsverbindliche Unterschrift des Trägers |