

Per Fax an: +49 3375 217459-19 oder per E-Mail an: kundendienst@deuzert.de

DeuZert® Deutsche Zertifizierung in Bildung und Wirtschaft GmbH

Hochschulring 2, 15745 Wildau

<b>A. Anfrage</b>	
<input type="text"/>	
<b>B. Kontaktinformationen zum Träger – Sitz des Unternehmens</b>	
<b>B.1 Kontaktdaten</b>	
Firma:	<input type="text"/>
Straße, Nr.:	<input type="text"/>
PLZ, Ort:	<input type="text"/>
Geschäftsführer:	Vor- und Nachname: <input type="text"/>
Telefon / Telefax:	<input type="text"/> / <input type="text"/>
Internet / E-Mail:	<input type="text"/> / <input type="text"/>
<b>B.2 Rechnungsanschrift (wenn Anschrift von oben abweichend)</b>	
Firma:	<input type="text"/>
Straße, Nr.:	<input type="text"/>
PLZ, Ort:	<input type="text"/>
<b>B.3 HauptansprechpartnerIn</b>	
Vorname, Name:	<input type="text"/>
Funktion:	<input type="text"/>
Straße, Nr.:	<input type="text"/>
PLZ, Ort:	<input type="text"/>
Telefon / Telefax:	<input type="text"/> / <input type="text"/>
E-Mail:	<input type="text"/>

C. Informationen über die Organisation	
Trägerzulassung liegt vor bei:	
<input type="checkbox"/>	DeuZert Deutsche Zertifizierung in Bildung & Wirtschaft GmbH
<input type="checkbox"/>	einer anderen Fachkundige Stelle / Zertifizierungsstelle (FKS / Zert.-Stelle)
Name der FKS / Zert.-Stelle:	<input type="text"/>
Gültigkeit der Trägerzulassung:	<input type="text"/>
Zertifikat-Registriernummer:	<input type="text"/> <i>(Eine Kopie des Zertifikats, mit allen Anlagen, ist zwingend beizulegen.)</i>
D. Angefragte Zulassung von Gutschein-Maßnahmen	
D.1 Maßnahmen zum Aktivierungs- und Vermittlungsgutschein nach § 45 (1) Satz 1 SGB III	
Gesamtanzahl aller Maßnahmen, für die eine Zulassung angefragt wird: <i>[Jede(r) Maßnahme(-baustein) hat einen eigenen Titel und einen eigenen Kostensatz.]</i>	<input type="text"/>
Soll die Zulassung dieser Maßnahmen nach einer durch DeuZert festgelegten Referenzauswahl erfolgen?	
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <i>(weiter mit D.2 oder G.)</i>	
→ davon Anzahl der Maßnahmen, deren Kostensatz <b>ÜBER</b> dem veröffentlichten Bundesdurchschnittskostensatz liegt: <i>(Bemerkung: Maßnahmen zur Aktivierung und beruflichen Eingliederung, deren Kostensatz über 25 % des jeweiligen Bundesdurchschnittskostensatz liegen, werden zusätzlich durch die Bundesagentur für Arbeit geprüft und hinsichtlich des beantragten Kostensatzes auch dort entschieden).</i>	<input type="text"/>
→ davon Anzahl der Maßnahmen, für deren Durchführung besondere Berechtigungen erforderlich sind, diese aber noch <u>nicht vorliegen</u> :	<input type="text"/>
→ davon Anzahl von Maßnahmebausteinen nach § 3 (6) AZAV:	<input type="text"/>
→ davon Anzahl der Maßnahmen zur Heranführung an den Ausbildungs- und Arbeitsmarkt sowie Feststellung, Verringerung oder Beseitigung von Vermittlungshemmnissen nach § 45 (1) Satz 1 Nr. 1 SGB III:	<input type="text"/>
→ davon Anzahl der Maßnahmen bis einschließlich 4 Wochen Dauer:	<input type="text"/>
→ davon Anzahl der Maßnahmen über 4 Wochen bis einschließlich 6 Monate Dauer:	<input type="text"/>
→ davon Anzahl der Maßnahmen oder Maßnahmebausteine oder Maßnahmeteile <u>ohne</u> Maßnahmeteile bei einem Arbeitgeber:	<input type="text"/>
→ davon Anzahl der Maßnahmen oder Maßnahmebausteine oder Maßnahmeteile <u>mit</u> Maßnahmeteile bei einem Arbeitgeber:	<input type="text"/>

→	davon Anzahl der Maßnahmen zur Heranführung an eine selbständige Tätigkeit nach § 45 (1) Satz 1 Nr. 4 SGB III:	
→	davon Anzahl der Maßnahmen bis einschließlich 4 Wochen Dauer:	
→	davon Anzahl der Maßnahmen über 4 Wochen bis einschließlich 6 Monate Dauer:	
→	davon Anzahl der Maßnahmen über 6 Monate Dauer:	
→	davon Anzahl der Maßnahmen oder Maßnahmebausteine oder Maßnahmeteile <u>ohne</u> Maßnahmeteile bei einem Arbeitgeber:	
→	davon Anzahl der Maßnahmen oder Maßnahmebausteine oder Maßnahmeteile <u>mit</u> Maßnahmeteile bei einem Arbeitgeber:	
→	davon Anzahl der Maßnahmen zur Stabilisierung einer Beschäftigungsaufnahme nach § 45 (1) Satz 1 Nr. 5 SGB III:	
→	davon Anzahl der Maßnahmen bis einschließlich 4 Wochen Dauer:	
→	davon Anzahl der Maßnahmen über 4 Wochen bis einschließlich 6 Monate Dauer:	
→	davon Anzahl der Maßnahmen über 6 Monate Dauer:	
→	davon Anzahl der Maßnahmen oder Maßnahmebausteine oder Maßnahmeteile <u>ohne</u> Maßnahmeteile bei einem Arbeitgeber:	
→	davon Anzahl der Maßnahmen oder Maßnahmebausteine oder Maßnahmeteile <u>mit</u> Maßnahmeteile bei einem Arbeitgeber:	

<b>D.2 Maßnahmen zum <u>Bildungsgutschein</u> nach §§ 81 und 82 SGB III</b>		
Gesamtanzahl aller Maßnahmen, für die eine Zulassung angefragt wird: <i>[Jede(r) Maßnahme(-baustein) hat einen eigenen Titel und einen eigenen Kostensatz.]</i>		<input type="text"/>
Soll die Zulassung dieser Maßnahmen nach einer durch DeuZert festgelegten Referenzauswahl erfolgen?		
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <i>(weiter mit D.2 oder G.)</i>		
→	davon Anzahl der Maßnahmen, deren Kostensatz <b>ÜBER</b> dem veröffentlichten Bundesdurchschnittskostensatz liegt: <i>(Bemerkung: Maßnahmen zur Aktivierung und beruflichen Eingliederung, deren Kostensatz über 25 % des jeweiligen Bundesdurchschnittskostensatz liegen, werden <u>zusätzlich</u> durch die Bundesagentur für Arbeit geprüft und hinsichtlich des beantragten Kostensatzes auch dort entschieden).</i>	<input type="text"/>
→	davon Anzahl der Maßnahmen, für deren Durchführung besondere Berechtigungen/ Bestätigungen erforderlich sind, diese aber noch <u>nicht vorliegen</u> :	<input type="text"/>
→	davon Anzahl von Maßnahmebausteinen nach § 3 (6) AZAV:	<input type="text"/>
→	davon Anzahl der Maßnahmen im gewerblich-technischen Bereich:	<input type="text"/>
→	davon Anzahl der Maßnahmen im kaufmännischen Bereich:	<input type="text"/>
→	davon Anzahl der Maßnahmen im Bereich unternehmensbezogene Dienstleistungen:	<input type="text"/>
→	davon Anzahl der Maßnahmen im Bereich personenbezogene und soziale Dienstleistungen:	<input type="text"/>
<b>E. Angefragte Änderung einer DeuZert-Zulassung von Gutschein-Maßnahmen</b>		
Zertifikat-Registrier-Nr.:	<input type="text"/>	
Titel der Maßnahme(n):	<input type="text"/>	
Beschreibung der Änderung(en): <i>(Konzeption der Maßnahme, Abschluss, Kostensatz, u. a.)</i>		
<input type="text"/>		
<input type="checkbox"/> weitere Beschreibung(en) der Änderung(en), siehe Anlage(n)		
Begründung(en) der Änderung(en):		
<input type="text"/>		
<input type="checkbox"/> weitere Erläuterung(en) und Begründung(en) der Änderung(en), siehe Anlage(n)		

**F. Liste der Maßnahmestandorte**

Lfd. Nr.	Adresse	Anz. Maßnahmen § 45	Anz. Maßnahmen §§ 81, 82
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			

<b>G. Erklärung</b>	
<input type="checkbox"/>	Wir haben bisher noch keine Maßnahmezulassung nach §§ 179, 180 SGB III / AZAV §§ 3, 4 gemäß dieser Anfrage beantragt.
<input type="checkbox"/>	Uns ist bisher keine Maßnahmezulassung nach §§ 179, 180 SGB III / AZAV §§ 3, 4 durch eine andere Fachkundige Stelle / Zert.-Stelle verweigert oder entzogen worden.
<input type="checkbox"/>	Wir verfügen über eine bis heute gültige Maßnahmezulassung nach §§ 179, 180 SGB III / AZAV §§ 3, 4.
<input type="checkbox"/>	Uns ist eine Maßnahmezulassung nach §§ 179, 180 SGB III / AZAV §§ 3, 4 verweigert oder entzogen worden. Wir stellen eine neue Anfrage. Eine Dokumentation zur Ablehnung und eine Begründung für die neue Anfrage liegen bei.
<b>Ich erkläre, dass die Angaben in dieser Anfrage und in den dazugehörigen Anlagen der Wahrheit entsprechen.</b>	
Ort, Datum:	
Vor- und Nachname:	
Unterschrift für die Richtigkeit der Angaben:	

Vielen Dank für Ihre Mühe.