§ 178 SGB III / AZAV § 2

Anfrage Trägerzulassung

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

DeuZert® Deutsche Zertifizierung in Bildung und Wirtschaft GmbH

Hochschulring 2, 15745 Wildau

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

C. Informationen über den Träger

C.1 Rechtsform

☐ Natürliche Person *(z. B. Freiberuf, e. K.)*

☐ Personengesellschaft *(z. B. GbR, OHG, KG)*

☐ Juristische Person *(z. B. GmbH, AG, e. V.)*

Eingetragen im Vereins-/ Handelsregister:	
Register-Nummer:	

C.2 Angaben zu Vertretungsberechtigten Personen

Vorname, Name	Geburtsdatum	Geburtsort

C.3 Anerkennung

Ist die Anerkennung/Zertifizierung unabhängiger Stellen für die Trägerzulassung erforderlich?

☐ Ja ☐ liegt vor (siehe Anlage) ☐ Nein

C.4 Anzahl der Mitarbeiter und externen Honorarkräfte

Bemerkungen: Anzahl der Mitarbeiter ohne Auszubildende und ohne Praktikanten angeben / Mitarbeiter in Teilzeit sind in Vollzeit-äquivalent zu berechnen.

Anzahl der Mitarbeitenden:		Anzahl der externen Honorarkräfte:	

C.5 Derzeitig aktuelle Tätigkeitsbereiche:

☐ **Maßnahmen für Aktivierung und beruflichen Eingliederung**, Vergabemaßnahmen *(gem. § 45 Abs.(1) Satz 1 Nr. 1 - 5 SGB III: speziell Aktivierungs- und Vermittlungsgutschein-Maßnahmen)*

☐ **Private Arbeitsvermittlung** *(gem. § 45 Abs. (4) Satz 3 Nr. 2 SGB III)*

☐ **Maßnahmen der Berufswahl und Berufsausbildung** *(gem. Dritter Abschnitt des Dritten Kapitels SGB III), z. B. Berufsvorbereitenden Maßnahmen (BvB), ausbildungsbegleitenden Hilfen (abH), Berufsausbildung in außerbetrieblichen Einrichtungen (BaE), u. a.*

☐ **Maßnahmen der Beruflichen Weiterbildung** *(gem. Vierten Abschnitt des Dritten Kapitels SGB III): speziell Bildungsgutschein-Maßnahmen*

☐ **Transferleistungen** (gem. §§ 110 – 111 SGB III)

☐ **Maßnahmen zur Teilhabe behinderter Menschen am Arbeitsleben** (*gem. Siebten Abschnitt des Dritten Kapitels SGB III*)

C.6 System zur Sicherung der Qualität	
Hat der Träger bei der Entwicklung des Systems zur Sicherung der Qualität die Unterstützung eines externen Beraters in Anspruch genommen?	
☐ Ja	☐ Nein
Wenn Ja, bitte das Unternehmen und den Name des Beraters nennen:	

D. Informationen zur Zertifizierung und Zulassung

D.1 Vorhandene Zertifizierungen

Ist der Träger bzw. dessen System zur Sicherung der Qualität nach anderen vergleichbaren Standards bereit zertifiziert?	
☐ Ja	☐ Nein

Wenn Ja, bitte die untenstehende Tabelle ausfüllen:

Standard	Zertifizierungsstelle	Zertifizierung gültig bis

D.2 Angefragte Trägerzulassung

Lokaler Geltungsbereich der angefragten Zulassung.	
Für wie viele Standorte wird die Zulassung angefragt?	
Anzahl der Standorte: *(Bitte zusätzlich Punkt E dieser Anfrage ausfüllen)*	
Arbeiten alle Standorte nach dem gleichen System zur Sicherung der Qualität?	
☐ Ja	☐ Nein

E. 1 Liste der Standorte

Lfd. Nr.	Adresse	Prozesse und Tätigkeiten	Eigene HR* bzw. VR*		Anz. Mitar-beitende
1.			☐ Ja	☐ Nein	
2.			☐ Ja	☐ Nein	
3.			☐ Ja	☐ Nein	
4.			☐ Ja	☐ Nein	
5.			☐ Ja	☐ Nein	
6.			☐ Ja	☐ Nein	
7.			☐ Ja	☐ Nein	
8.			☐ Ja	☐ Nein	

*HR = Handelsregisterauszug; *VR = Vereinsregisterauszug

E. 1 Liste der Standorte

Lfd. Nr.	Adresse	Prozesse und Tätigkeiten	Eigene HR* bzw. VR*		Anz. Mitar-beitende
9.			☐ Ja	☐ Nein	
10.			☐ Ja	☐ Nein	
11.			☐ Ja	☐ Nein	
12.			☐ Ja	☐ Nein	
13.			☐ Ja	☐ Nein	
14.			☐ Ja	☐ Nein	
15.			☐ Ja	☐ Nein	
16.			☐ Ja	☐ Nein	

*HR = Handelsregisterauszug; *VR = Vereinsregisterauszug

E.2 Inhaltlicher Geltungsbereich der angefragten Trägerzulassung - standortbezogen	
Fachbereiche der Aktiven Arbeitsförderung	lfd. Nr. Standort E.1
☐ **Maßnahmen für Aktivierung und beruflichen Eingliederung** Vergabemaßnahmen *(gem. § 45 Abs. (1) Satz 1 Nr. 1 - 5 SGB III: speziell Aktivierungs- und Vermittlungsgutschein-Maßnahmen)*	
☐ **Private Arbeitsvermittlung** (*gem. § 45 Abs. (4) Satz 3 Nr. 2 SGB III)*	
☐ **Maßnahmen der Berufswahl und Berufsausbildung** *(gem. Dritter Abschnitt des Dritten Kapitels SGB III), z. B. Berufsvorbereitenden Maßnahmen (BvB), ausbildungsbegleitenden Hilfen (abH), Berufsausbildung in außerbetrieblichen Einrichtungen (BaE), u. a.*	
☐ **Maßnahmen der Beruflichen Weiterbildung** *(gem. Vierten Abschnitt des Dritten Kapitels SGB III): speziell Bildungsgutschein-Maßnahmen*	
☐ **Transferleistungen** (gem. §§ 110 – 111 SGB III)	
☐ **Maßnahmen zur Teilhabe behinderter Menschen am Arbeitsleben** (*gem. Siebten Abschnitt des Dritten Kapitels SGB III*)	

F. Angefragte Änderung einer DeuZert-Zulassung eines Trägers der Aktiven Arbeitsförderung			
Zertifikat-Registrier-Nr.:		Ausstellungsdatum:	
Beschreibung der Änderung: (*Änderungen können sein: Rechtsform, vertretungsberechtigte Personen, Standorte, Mitarbeiteranzahl, arbeitsmarktrelevante Geltungsbereiche, oder anderes)*			
☐ weitere Beschreibung der Änderung(en), einzureichen als Anlage			

Erklärung	
☐	Wir haben bisher noch kein Verfahren zur Zulassung nach § 178 SGB III / § 2 AZAV (Trägerzulassung) begonnen.
☐	Uns ist bisher keine Trägerzulassung nach § 178 SGB III/ § 2 AZAV durch eine andere fachkundige Stelle verweigert worden.
☐	Wir verfügen über eine bis heute gültige Trägerzulassung nach § 178 SGB III / § 2 AZAV (Trägerzulassung).
☐	Uns ist eine Trägerzulassung nach § 178 SGB III / § 2 AZAV verweigert oder entzogen worden. Wir stellen eine neue Anfrage. Eine Dokumentation zur Ablehnung und eine Begründung für diese neue Anfrage liegt bei.

Ich erkläre, dass die Angaben in dieser Anfrage und in den dazugehörigen Anlagen der Wahrheit entsprechen.	
Ort, Datum:	
Vor- und Nachname:	
Unterschrift für die Richtigkeit der Angaben:	

Vielen Dank für Ihre Mühe.