

Per E-Mail an: [kundendienst@deuzert.de](mailto:kundendienst@deuzert.de) oder per Fax an: +49 3375 217459-19

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"/>

<b>C. Informationen über den Träger</b>			
<b>C.1 Rechtsform</b>			
<input type="checkbox"/> Natürliche Person (z. B. Freiberuf, e. K.)			
<input type="checkbox"/> Personengesellschaft (z. B. GbR, OHG, KG)			
<input type="checkbox"/> Juristische Person (z. B. GmbH, AG, e. V.)			
Eingetragen im Vereins-/ Handelsregister:			
Register-Nummer:			
<b>C.2 Angaben zu Vertretungsberechtigten Personen</b>			
Name, Vorname		Geburtsdatum	Geburtsort
<b>C.3 Anerkennung</b>			
Ist die Anerkennung/Zertifizierung unabhängiger Stellen für die Trägerzulassung erforderlich?			
<input type="checkbox"/> Ja		<input type="checkbox"/> liegt vor (siehe Anlage)	<input type="checkbox"/> Nein
<b>C.4 Anzahl der Mitarbeiter und externen Honorarkräfte</b>			
<i>(Bemerkungen: Anzahl der Mitarbeiter ohne Auszubildende und ohne Praktikanten angeben / Mitarbeiter in Teilzeit sind in Vollzeit-äquivalent zu berechnen)</i>			
Anzahl der Mitarbeiter:			Anzahl der externen Honorarkräfte:
<b>C.5 Derzeitig aktuelle Tätigkeitsbereiche:</b>			
<input type="checkbox"/> <b>Maßnahmen für Aktivierung und beruflichen Eingliederung</b> , Vergabemaßnahmen (gem. § 45 Abs.(1) Satz 1 Nr. 1 - 5 SGB III: speziell Aktivierungs- und Vermittlungsgutschein-Maßnahmen)			
<input type="checkbox"/> <b>Private Arbeitsvermittlung</b> (gem. § 45 Abs. (4) Satz 3 Nr. 2 SGB III)			
<input type="checkbox"/> <b>Maßnahmen der Berufswahl und Berufsausbildung</b> (gem. Dritter Abschnitt des Dritten Kapitels SGB III), z. B. Berufsvorbereitenden Maßnahmen (BvB), ausbildungsbegleitenden Hilfen (abH), Berufsausbildung in außerbetrieblichen Einrichtungen (BaE), u. a.			
<input type="checkbox"/> <b>Maßnahmen der Beruflichen Weiterbildung</b> (gem. Vierten Abschnitt des Dritten Kapitels SGB III): speziell Bildungsgutschein-Maßnahmen			
<input type="checkbox"/> <b>Transferleistungen</b> (gem. §§ 110 – 111 SGB III)			
<input type="checkbox"/> <b>Maßnahmen zur Teilhabe behinderter Menschen am Arbeitsleben</b> (gem. Siebten Abschnitt des Dritten Kapitels SGB III)			

<b>C.6 System zur Sicherung der Qualität</b>		
Hat der Träger bei der Entwicklung des Systems zur Sicherung der Qualität die Unterstützung eines externen Beraters in Anspruch genommen?		
<input type="checkbox"/> Ja		<input type="checkbox"/> Nein
Wenn Ja, bitte das Unternehmen und den Name des Beraters nennen:		
<b>D. Informationen zur Zertifizierung und Zulassung</b>		
<b>D.1 Vorhandene Zertifizierungen</b>		
Ist der Träger bzw. dessen System zur Sicherung der Qualität nach anderen vergleichbaren Standards bereit zertifiziert?		
<input type="checkbox"/> Ja		<input type="checkbox"/> Nein
Wenn Ja, bitte die untenstehende Tabelle ausfüllen:		
Standard	Zertifizierungsstelle	Zertifizierung gültig bis
<b>D.2 Angefragte Trägerzulassung</b>		
Lokaler Geltungsbereich der angefragten Zulassung.		
Für wie viele Standorte wird die Zulassung angefragt?		
Anzahl der Standorte: <i>(Bitte zusätzlich Punkt E dieser Anfrage ausfüllen)</i>		
Arbeiten alle Standorte nach dem gleichen System zur Sicherung der Qualität?		
<input type="checkbox"/> Ja		<input type="checkbox"/> Nein

**E. 1 Liste der Standorte**

Lfd. Nr.	Adresse	Prozesse und Tätigkeiten	Eigene HR* bzw. VR*		Anz. Mitarbeiter
			<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
1.			<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
2.			<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
3.			<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
4.			<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
5.			<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
6.			<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
7.			<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
8.			<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	

\*HR = Handelsregisterauszug; \*VR = Vereinsregisterauszug

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

**F. Angefragte Änderung einer DeuZert-Zulassung eines Trägers der Aktiven Arbeitsförderung**

Zertifikat-Registrier-Nr.:	<input type="text"/>	Ausstellungsdatum:	<input type="text"/>
----------------------------	----------------------	--------------------	----------------------

Beschreibung der Änderung: (Änderungen können sein: Rechtsform, vertretungsberechtigte Personen, Standorte, Mitarbeiteranzahl, arbeitsmarktrelevante Geltungsbereiche, oder anderes)

weitere Beschreibung der Änderung(en), einzureichen als Anlage

**Erklärung**

<input type="checkbox"/>	Wir haben bisher noch kein Verfahren zur Zulassung nach § 178 SGB III / § 2 AZAV (Trägerzulassung) begonnen.
<input type="checkbox"/>	Uns ist bisher keine Trägerzulassung nach § 178 SGB III/ § 2 AZAV durch eine andere fachkundige Stelle verweigert worden.
<input type="checkbox"/>	Wir verfügen über eine bis heute gültige Trägerzulassung nach § 178 SGB III/ § 2 AZAV (Trägerzulassung).
<input type="checkbox"/>	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:	<input type="text"/>
Vor- und Nachname:	<input type="text"/>
Unterschrift für die Richtigkeit der Angaben:	<input type="text"/>

Vielen Dank für Ihre Mühe.