

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	
<input type="text"/>	
B. Kontaktinformationen zum Träger – Sitz des Unternehmens	
B.1 Kontaktdaten	
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.2 Rechnungsanschrift (wenn Anschrift von oben abweichend)	
Firma:	<input type="text"/>
Straße, Nr.:	<input type="text"/>
PLZ, Ort:	<input type="text"/>
B.3 HauptansprechpartnerIn	
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 den Träger			
C.1 Rechtsform			
<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:			
C.2 Angaben zu Vertretungsberechtigten Personen			
Name, Vorname		Geburtsdatum	Geburtsort
C.3 Anerkennung			
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
C.4 Anzahl der Mitarbeiter und externen Honorarkräfte			
<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:
C.5 Derzeitig aktuelle Tätigkeitsbereiche:			
<input type="checkbox"/> Maßnahmen für Aktivierung und beruflichen Eingliederung , Vergabemaßnahmen (gem. § 45 Abs.(1) Satz 1 Nr. 1 - 5 SGB III: speziell Aktivierungs- und Vermittlungsgutschein-Maßnahmen)			
<input type="checkbox"/> Private Arbeitsvermittlung (gem. § 45 Abs. (4) Satz 3 Nr. 2 SGB III)			
<input type="checkbox"/> 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.			
<input type="checkbox"/> Maßnahmen der Beruflichen Weiterbildung (gem. Vierten Abschnitt des Dritten Kapitels SGB III): speziell Bildungsgutschein-Maßnahmen			
<input type="checkbox"/> Transferleistungen (gem. §§ 110 – 111 SGB III)			
<input type="checkbox"/> 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?		
<input type="checkbox"/> Ja		<input type="checkbox"/> 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?		
<input type="checkbox"/> Ja		<input type="checkbox"/> 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: <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

E.2 Inhaltlicher Geltungsbereich der angefragten Trägerzulassung - standortbezogen	
Fachbereiche der Aktiven Arbeitsförderung	lfd. Nr. Standort E.1
<input type="checkbox"/> Maßnahmen für Aktivierung und beruflichen Eingliederung <i>Vergabemaßnahmen (gem. § 45 Abs. (1) Satz 1 Nr. 1 - 5 SGB III: speziell Aktivierungs- und Vermittlungsgutschein-Maßnahmen)</i>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Private Arbeitsvermittlung (gem. § 45 Abs. (4) Satz 3 Nr. 2 SGB III)	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> 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.	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Maßnahmen der Beruflichen Weiterbildung (gem. Vierten Abschnitt des Dritten Kapitels SGB III): <i>speziell Bildungsgutschein-Maßnahmen</i>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Transferleistungen (gem. §§ 110 – 111 SGB III)	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Maßnahmen zur Teilhabe behinderter Menschen am Arbeitsleben (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.