# Name des Trägers

Geben Sie alle Angaben sorgfältig ein, diese sind wesentlicher Prüfbestandteil und erscheinen bei positiver Zulassung so auf dem Zertifikat. Bitte tragen Sie den Namen des Bildungsträgers mit Angabe der Rechtform (Inh., GbR, GmbH, e.V. etc.) ein.

|  |
| --- |
| Name des Trägers mit Angabe der Rechtform |

# Gesetzliche Vertreter / innen

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Anrede | Vorname | Nachname | Geburtsdatum | Geburtsort |
| Anrede | Vorname | Nachname | Geburtsdatum | Geburtsort |
| Anrede | Vorname | Nachname | Geburtsdatum | Geburtsort |

# Ansprechpartner

Bennen Sie eine Kontaktperson, welche uns als Ansprechpartner zur Verfügung steht.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Anrede | Vorname | | Nachname |
| E-Mail: | | Telefon: | |

# Beratungsleistungen

Hat Ihr Unternehmen bei der Vorbereitung auf die Zulassung eine externe Qualitätsmanagementberatung hinzugezogen?

|  |  |
| --- | --- |
| Beratung hinzugezogen?  Nein  Ja, falls zutreffend: | Anrede, Name, Vorname des Beraters |
| Telefon | E-Mail |

# Zulassungsstatus

Haben Sie jemals eine Trägerzulassung bei einer anderen Fachkundigen Stelle beantragt?

|  |  |
| --- | --- |
| Nein, noch nie  Ja, falls zutreffend: | Die Zulassung:  ist aktuell gültig, (**bitte Transferantrag beifügen**)  wurde verweigert,  ist regulär abgelaufen oder  wurde vorzeitig beendet / zurückgezogen. |
| Welche Fachkundige Stelle? Wechselgründe? | |

# Geschäfts-/Betriebssitz

Geschäfts-bzw. Betriebssitz bzw. ladungsfähige Anschrift, so wie er im Handelsregister bzw. Gewerbeanmeldung (je nach Rechtsform) festgelegt ist.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Straße / Adresse | | Hausnummer |
| Postleitzahl | Ort | |

# Zentrale

Der Ort, welcher für das QS-System verantwortlich ist und dieses von dort aus zentral kontrolliert. Die Zentrale ist somit diejenige Stelle, von der aus die betriebliche Kontrolle und Befugnisse der obersten Leitung der Organisation auf jeden Standort ausgeübt werden.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Straße / Adresse | | | Hausnummer |
| Postleitzahl | Ort | | |
| Feste Mitarbeiter in VZÄ (an dieser Zentrale) | | Freiberufliche Mitarbeiter in VZÄ (an dieser Zentrale) | |
| Sollen an der Zentrale auch Maßnahmen durchgeführt werden? Falls ja, in welchen Fachbereichen?  Beachten Sie, dass die Räumlichkeiten dann auch über die Eignung verfügen müssen! | | FB 1 - Aktivierung und berufliche Eingliederung  FB 2 - Private Arbeitsvermittlung  FB 3 - Berufswahl und Berufsausbildung  FB 4 - Berufliche Weiterbildung  FB 6 - Teilhabe behinderter Menschen am Arbeitsmarkt | |

# Virtuelle und hybride Maßnahmedurchführung

|  |  |
| --- | --- |
| Sollen Maßnahmen in einer virtuellen bzw. onlinebasierten Umgebung durchgeführt werden? Falls ja, in welchen Fachbereichen? | FB 1 - Aktivierung und berufliche Eingliederung  FB 2 - Private Arbeitsvermittlung  FB 3 - Berufswahl und Berufsausbildung  FB 4 - Berufliche Weiterbildung  FB 6 - Teilhabe behinderter Menschen am Arbeitsmarkt |
| Bemerkungen: | |

# Weitere Standorte

An nachfolgenden Standorten (ggf. neben der Zentrale) sollen Maßnahmen angeboten werden:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Adresse des Standorts** Straße, Hausnummer, PLZ Ort | **Fachbereiche** gemäß § 5 AZAV | **Standort-Typ** bzgl. Maßnahmen | **Nutzung** | **Mitarbeiter** |
| 1. Standort | 1  4  2  5  3  6 | Verwaltung  Durchführung | Zeitweise  Permanent | Feste MA (VZÄ) |
| Freie MA (VZÄ) |
| 2. Standort | 1  4  2  5  3  6 | Verwaltung  Durchführung | Zeitweise  Permanent | Feste MA (VZÄ) |
| Freie MA (VZÄ) |
| 3. Standort | 1  4  2  5  3  6 | Verwaltung  Durchführung | Zeitweise  Permanent | Feste MA (VZÄ) |
| Freie MA (VZÄ) |
| 4. Standort | 1  4  2  5  3  6 | Verwaltung  Durchführung | Zeitweise  Permanent | Feste MA (VZÄ) |
| Freie MA (VZÄ) |
| 5. Standort | 1  4  2  5  3  6 | Verwaltung  Durchführung | Zeitweise  Permanent | Feste MA (VZÄ) |
| Freie MA (VZÄ) |

Es wird versichert, dass: 1. die Prozesse an allen Standorten im Wesentlichen gleichartig sind und mit ähnlichen Methoden durchgeführt werden, 2. alle Standorte nach einem einheitlichen und zentral gelenkten Qualitätsmanagementsystem arbeiten, 3. dass alle Standorte dem internen Auditprogramm der Organisation unterliegen, 4. dass alle Standorte einer zentralen Managementbewertung unterliegen. - Bei mehr Standorten bitte eigene Darstellung verwenden!

# Ausgegliederte Prozesse

Hat Ihr Unternehmen in Bezug auf Ihre Arbeit als Träger wesentliche Prozesse ausgegliedert? (z. B. an einen Dienstleister)

|  |  |
| --- | --- |
| Ja, und zwar:  Nein | Falls ja, welche Prozesse? |

# Bestätigung

Ich versichere hiermit, dass meine Angaben vollständig und wahr sind. Über das Vermögen des Antragsstellers wurde kein Insolvenzverfahren eröffnet, beantragt oder die Eröffnung mangels Masse abgelehnt. Mit Ihrer Unterschrift erlauben Sie der CERTURIA Certification Germany GmbH die notwendige Speicherung und Verarbeitung Ihrer übermittelten Daten zur Erstellung eines unverbindlichen Angebotes. Gemäß den Anforderungen an Zertifizierungsstellen müssen auch nicht zum Vertragsschluss führende Anträge für eine angemessene Zeit, zum Nachweis der ordnungsgemäßen Arbeit der Zertifizierungsstelle, aufbewahrt werden. Kommt es nicht zum Vertragsschluss, wird Ihr Antrag und die übermittelten Daten daher, in gesperrter Form, für ein Jahr archiviert und anschließend vernichtet. Der Schutz Ihrer Daten ist in jedem Fall gewahrt. Außer den berechtigten Mitarbeitern hat ggf. nur die Deutsche Akkreditierungsstelle auf Verlangen Zugang zu diesen Informationen.

|  |  |
| --- | --- |
| Ort und Datum | Unterschrift eines gesetzlichen Vertreters: |
|  | Vor- und Nachname eines gesetzlichen Vertreters: |