|  |  |
| --- | --- |
| Ihr/e pCC Ansprechpartner/in | |
| KN: | Datum: |

Name des Unternehmens:

Anschrift:

Internetadresse:

Gesprächspartner  
Titel, Name, Funktion:

Kontaktdaten:

Email-Adresse:

**Fachbereiche der Zulassung**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Fachbereiche** | **Gesetz** | **Wahl** |
| 1. Berufliche Eingliederung in den Arbeitsmarkt durch:  Maßnahmen zur Aktivierung und beruflichen Eingliederung | nach § 45 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 bis 5 des Dritten Buches Sozialgesetzbuch |  |
| 2. Berufliche Eingliederung in den Arbeitsmarkt durch:  Ausschließlich erfolgsbezogene vergütete Arbeitsvermittlung | in versicherungspflichtige Beschäftigung nach § 45 Absatz 4 Satz 3 Nummer 2 des Dritten Buches Sozialgesetzbuch |  |
| 3. Berufliche Eingliederung in den Arbeitsmarkt durch:  Maßnahmen der Berufswahl und Berufsausbildung | nach dem Dritten Abschnitt des Dritten Kapitels des Dritten Buches Sozialgesetzbuch |  |
| 4. Berufliche Eingliederung in den Arbeitsmarkt durch:  Maßnahmen der beruflichen Weiterbildung | nach dem Vierten Abschnitt des Dritten Kapitels des Dritten Buches Sozialgesetzbuch |  |
| 6. Maßnahmen zur Teilhabe behinderter Menschen am Arbeitsleben | nach dem Siebten Abschnitt des Dritten Kapitels des Dritten Buches Sozialgesetzbuch. |  |

**Wirtschafts- und Bildungsbereiche der Zulassung**

gewerblich/technischer Bereich

unternehmensbezogene Dienstleistungen

kaufmännischer Bereich

personenbezogene und soziale Dienstleistungen

**Trägerstruktur**

Nur ein Standort

mehrere rechtlichen Einheiten/Standorte vorhanden (in gesondertem Anhang)

**Nur von Organisationen mit mehreren Standorten auszufüllen:**

Verfügt die Organisation über eine Zentrale und mehrere Standorte die ein einziges Managementsystem betreiben?   
(Ein einziges Managementsystem kann mehrere Regelwerke umfassen.)  nein  ja

Hat die Zentrale die organisatorische Befugnis, das einzige Managementsystem   
einzuführen, zu steuern und fortzuentwickeln?  nein  ja

Unterliegt das einzige Managementsystem der Organisation einer zentralen   
Überprüfung durch die Geschäftsführung?  nein  ja

Unterliegen alle Standorte dem internen Auditprogramm der Organisation?  nein  ja

Umfasst die einheitliche Steuerung des Systems folgende Aspekte: Dokumenten-  
verwaltung, Managementbewertung, Beschwerdemanagement, Bewertung der Korrekturmaßnahmen, zutreffende gesetzliche und behördliche Anforderungen?  nein  ja

Organisationsübergreifende einheitliche Prozesse:

**Folgende Unterlagen und Dokumente liegen beim Träger vor und werden mit Annahme des Angebotes der pCC eingereicht:**

In den aktuellen [**Empfehlungen des Beirates nach § 182 SGB III**](https://www.arbeitsagentur.de/bildungstraeger/download-center-bildungstraeger) unter „Vorliegen eines Systems zur Sicherung der Qualität... (der Bekanntmachung am 28.02.2014)“, finden Sie die ausführlichen Anforderungen an die vorzuhaltenden Dokumente und Unterlagen Ihrer Einrichtung, wie folgt:

1. Leitbild des Träger

2. Organigramm und Dokumentation Unternehmensziele

3. Konzept zur Qualifizierung und Fortbildung

4. Dokumentation zu Zielvereinbarungen

5. Dokumentation zur Berücksichtigung arbeitsmarktlicher Entwicklungen

6. Dokumentation zur Förderung der Teilnehmende

7. Dokumentation zu Methoden der Bewertung

8. Dokumentation zur Zusammenarbeit mit Dritten

9. Dokumentation zu Beschwerdemanagement

**Weiterhin sind folgende Unterlagen vorzuhalten und werden ebenfalls mit Annahme des Angebotes der pCC eingereicht:**

Alle Informationen und einzureichenden pCC-Unterlagen zur Träger- und Maßnahmezulassung finden Sie im Internet der pCC unter: [**https://www.procum-cert.de/downloads/azav-dokumente/**](https://www.procum-cert.de/downloads/azav-dokumente/)

- aktuelle Unbedenklichkeitsbescheinigung

- aktueller Auszug aus Handels- oder Vereinsregister, ggf. Gewerbeanmeldung

|  |
| --- |
| **Trägerzulassung**  Begutachtung nach AZAV und Erstzertifizierung nach  ISO 9001  anderes Regelwerk:  Oder  Begutachtung nur nach AZAV  Oder  Begutachtung nur nach AZAV mit bereits bestehendem Qualitätsmanagementsystem  nach  zertifiziert durch  Zertifikat gültig bis  Wurde die hier beantragte Trägerzulassung bereits von einer anderen FKS beantragt, abgelehnt, ausgesetzt oder entzogen?  ja wenn ja, von welcher FKS  nein |

**Ggf. geplante Maßnahmenzulassung**

Optional : Anzahl der geplanten Maßnahmenzulassungen mit Gutscheinverfahren

Bereich FbW (§81ff SGB III)

Bereich MdbE (§45 SGB III)

|  |
| --- |
| Wurden beantragte Maßnahmenzulassungen bereits von einer anderen FKS beantragt, abgelehnt, ausgesetzt oder entzogen?  ja wenn ja, von welcher FKS  nein |

**Verbandszugehörigkeiten:**

BAG (WfbM)

andere Zugehörigkeit:

**Basisdaten AZAV**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. Standort oder Zentrale\*\*  - **Adresse** (Bitte Hinweis nächste Seite beachten!) | Anzahl **Vollzeitstellen** im AZAV relevanten Bereich (Bildungsbereich) |  | FB 1 | FB 2 | FB 3 | FB 4 | FB 6 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| Standorte\*  - **Adresse und Geltungsbereich**  (Bitte Hinweis nächste Seite beachten!) | Anzahl **Vollzeitstellen** im AZAV relevanten Bereich (Bildungsbereich) | Rechtliche / Vertragliche Bindung zur Zentrale der Organisation | FB 1 | FB 2 | FB 3 | FB 4 | FB 6 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum/Unterschrift Träger: Firmenstempel

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **jährliche relevante Daten für die Kalkulation des Auditumfangs:**  (Daten sind **nicht** zu Antragstellung auszufüllen!)  **1. Begutachtung zur Systemförderung**  Es liegen Änderungen der Basisdaten vor: ja  nein  Folgende Fachbereiche wurden neu zugelassen oder aufgegeben:       \_\_\_\_\_\_\_\_  Fand eine Prüfung durch einen Prüfdienst der BA statt? ja  nein  Liegt der Bericht der FKS vor? ja  nein   |  |  | | --- | --- | | Standort: | Anzahl **Vollzeitstellen** im AZAV relevanten Bereich (Bildungsbereich) | |  |  | | Standort: | Anzahl **Vollzeitstellen** im AZAV relevanten Bereich (Bildungsbereich) | |  |  | | **Datum und Unterschrift Träger:** |  |   **2. Begutachtung zur Systemförderung**  Es liegen Änderungen der Basisdaten vor: ja  nein  Folgende Fachbereiche wurden neu zugelassen oder aufgegeben:       \_\_\_\_\_\_\_\_  Fand eine Prüfung durch einen Prüfdienst der BA statt? ja  nein  Liegt der Bericht der FKS vor? ja  nein   |  |  | | --- | --- | | Standort: | Anzahl **Vollzeitstellen** im AZAV relevanten Bereich (Bildungsbereich) | |  |  | | Standort: | Anzahl **Vollzeitstellen** im AZAV relevanten Bereich (Bildungsbereich) | |  |  | | **Datum und Unterschrift Träger:** |  | |
| **3. Begutachtung zur Systemförderung**  Es liegen Änderungen der Basisdaten vor: ja  nein  Folgende Fachbereiche wurden neu zugelassen oder aufgegeben:       \_\_\_\_\_\_\_\_  Fand eine Prüfung durch einen Prüfdienst der BA statt? ja  nein  Liegt der Bericht der FKS vor? ja  nein   |  |  | | --- | --- | | Standort: | Anzahl **Vollzeitstellen** im AZAV relevanten Bereich (Bildungsbereich) | |  |  | | Standort: | Anzahl **Vollzeitstellen** im AZAV relevanten Bereich (Bildungsbereich) | |  |  | | **Datum und Unterschrift Träger:** |  |   **4. Begutachtung zur Systemförderung**  Es liegen Änderungen der Basisdaten vor: ja  nein  Folgende Fachbereiche wurden neu zugelassen oder aufgegeben:       \_\_\_\_\_\_\_\_  Fand eine Prüfung durch einen Prüfdienst der BA statt? ja  nein  Liegt der Bericht der FKS vor? ja  nein   |  |  | | --- | --- | | Standort: | Anzahl **Vollzeitstellen** im AZAV relevanten Bereich (Bildungsbereich) | |  |  | | Standort: | Anzahl **Vollzeitstellen** im AZAV relevanten Bereich (Bildungsbereich) | |  |  | | **Datum und Unterschrift Träger:** |  | |