|  |  |
| --- | --- |
| Name des Trägers: | |
| Rechtsform: | |
| Name der Geschäftsführung / des Vorstands: | |
| Telefon: | Email: |
| Anschrift: | |
| Website: | |
| Ansprechpartner\*in: | Funktion: |
| Telefon: | Email: |
| Wann erreichbar: | |

**Angaben zur Organisation:**

**Fachbereich 1 der AZAV:**

**Hiermit beantragen wir die Zulassung folgender Maßnahmen / Maßnahmebausteine zur Aktivierung und beruflichen Eingliederung nach § 45 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1, 4 oder 5 des SGB III oder § 16k SGB II**

**für folgenden Zeitraum:**  3 Jahre  5 Jahre (bitte ausführliche Begründung anfügen)

„Die Dauer der Zulassung von Maßnahmen richtet sich nach den voraussichtlichen Entwicklungen am Ausbildungs- und Arbeitsmarkt. Sie soll auf längstens drei Jahre befristet werden. Sie kann auf längstens fünf Jahre befristet werden, sofern die Entwicklung auf dem Ausbildungs- und Arbeitsmarkt voraussichtlich keine wesentlichen Auswirkungen auf die Maßnahme hat.“

Bitte geben Sie in der rechten Spalte das Ziel der Maßnahme bzw. des Maßnahmebausteines an (pro Maßnahme(baustein) ist nur 1 Ziel zulässig):

Nr. 1: Heranführung an den Ausbildungs- und Arbeitsmarkt sowie Feststellung, Verringerung oder   
 Beseitigung von Vermittlungshemmnissen

Nr. 4: Heranführung an eine selbständige Tätigkeit

Nr. 5: Stabilisierung einer Beschäftigungsaufnahme oder

Maßnahmenzur ganzheitlichen Betreuung nach § 16k, SGB II

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lfd. Nr.** | **Bezeichnung (Titel) der Maßnahme oder des Maßnahmebausteins** | **Ziel** |
| 1. |  |  |
| 2. |  |  |
| 3. |  |  |
| 4. |  |  |
| 5. |  |  |

**Fachbereich 4 der AZAV:**

**Hiermit beantragen wir die Zulassung folgender Maßnahmen / Maßnahmebausteine der beruflichen Weiterbildung nach dem Vierten Abschnitt des Dritten Kapitels SGB III**

**für folgenden Zeitraum:**  3 Jahre  5 Jahre (bitte ausführliche Begründung anfügen)

„Die Dauer der Zulassung von Maßnahmen richtet sich nach den voraussichtlichen Entwicklungen am Ausbildungs- und Arbeitsmarkt. Sie soll auf längstens drei Jahre befristet werden. Sie kann auf längstens fünf Jahre befristet werden, sofern die Entwicklung auf dem Ausbildungs- und Arbeitsmarkt voraussichtlich keine wesentlichen Auswirkungen auf die Maßnahme hat.“

Bitte geben Sie in der rechten Spalte die zur Maßnahme zugehörige KldB-Nummer an. Dazu finden Sie Informationen bei der [Agentur für Arbeit](https://statistik.arbeitsagentur.de/DE/Statischer-Content/Grundlagen/Klassifikationen/Klassifikation-der-Berufe/KldB2010-Fassung2020/Printausgabe-KldB-2010-Fassung2020/Generische-Publikationen/KldB2010-PDF-Version-Band1-Fassung2020.pdf?__blob=publicationFile&v=8).

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lfd. Nr.** | **Bezeichnung (Titel) der Maßnahme oder des Maßnahmebausteins** | **Klassifizierung der Berufe (KldB)** |
| 1. |  |  |
| 2. |  |  |
| 3. |  |  |
| 4. |  |  |
| 5. |  |  |

**Adressen der Standorte, an denen die Maßnahme durchgeführt werden soll:**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. |  |
| 2. |  |
| 3. |  |
| 4. |  |
| 5. |  |

Bei mehr als 5 Standorten bitte gesonderte Übersicht einreichen

**Liegt eine gültige Trägerzulassung nach AZAV für den beantragten AZAV-Fachbereich und die beantragten Standorte vor?**

Ja  Nein

Wenn JA Bitte Zertifikat der Trägerzulassung beifügen, wenn von einer anderen FKS als SocialCert zugelassen.

Wenn NEIN, bitte zusätzlich folgendes Formular ausfüllen: Vo\_DuS\_AZAV\_TZ.docx

**Haben Sie bereits einen Antrag auf Zulassung einer der Maßnahmen bei einer anderen Fachkundigen Stelle gestellt?**

Ja  Nein

|  |  |
| --- | --- |
| Falls ja: Name der Fachkundigen Stelle: |  |
| Datum der Antragstellung: |  |
| Ergebnis der Entscheidung: |  |
| Begründung der Entscheidung: |  |
| Für welchen Bereich erfolgte eine Zulassung? |  |
| Für welchen Bereich erfolgte eine Ablehnung? |  |

**Wurden Sie in der Vorbereitung zur Maßnahmenzulassung beraten?**

Ja  Nein

Wenn ja: Name und Anschrift der beratenden Institution:

**Hiermit erkläre ich mein Einverständnis, dass personenbezogene Daten im Rahmen der geschäftlichen Zusammenarbeit durch die SocialCert GmbH erfasst und gespeichert werden. Diese Daten werden nicht an Dritte weitergegeben und unterliegen den Datenschutzregelungen der SocialCert GmbH.**

Ihre E-Mail-Adresse wird in den Verteiler der SocialCert GmbH aufgenommen, um Sie regelmäßig über Entwicklungen und Neuigkeiten bei der SocialCert GmbH sowie über gesetzliche und behördliche Regelungen, die die Zulassung nach AZAV betreffen, zu informieren. Mir ist bekannt, dass ich diese Genehmigung jederzeit widerrufen kann.

**Hiermit bestätigen wir die Richtigkeit der o.g. Angaben und bitten um die Erstellung eines freibleibenden Angebots:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| **Name, Vorname** (in Druckbuchstaben) |  | **Funktion** (gesetzlicher Vertreter des Trägers) |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
| **Ort, Datum** |  |  |  | **Stempel und rechtsverbindliche Unterschrift** |