**Angaben zur Organisation:**

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

 **Folgende Fachbereiche der AZAV sind zugelassen oder sollen neu zugelassen werden:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Fachbereiche AZAV** | **Bereits zugelassen** | **Neu zuzulassen** |
| Fachbereich 1: Maßnahmen zur Aktivierung und beruflichen Eingliederung nach §45 Absatz 1 Satz 1 Nr. 1 bis 5 des SGB III |[ ] [ ]
| Fachbereich 2: ausschließlich erfolgsbezogen vergütete Arbeitsvermittlung in versicherungspflichtige Beschäftigung, §45 Absatz 4 Satz 3 Nr. 2 SGB III |[ ] [ ]
| Fachbereich 3: Maßnahmen der Berufswahl und Berufsausbildung nach dem Dritten Abschnitt des Dritten Kapitels SGB III |[ ] [ ]
| Fachbereich 4: Maßnahmen der beruflichen Weiterbildung nach dem Vierten Abschnitt des Dritten Kapitels SGB III |[ ] [ ]
| Fachbereich 6: Maßnahmen zur Teilhabe behinderter Menschen am Arbeitsleben nach dem Siebten Abschnitt des Dritten Kapitels SGB III |[ ] [ ]

**Personal im AZAV relevanten Bereich inklusive Leitung, Qualitätsmanagement und Verwaltung, einschließlich der Honorarkräfte**

|  |  |
| --- | --- |
| **Anzahl der Mitarbeiter\*innen**(alle im Geltungsbereich der Zertifizierung bzw. Zulassung, inkl. Honorarkräfte) |  |
| **Gesamtzahl gerechnet auf Vollzeitmitarbeiter\*innen**(Teilzeitstellen und Honorarkräfte bitte entsprechend umrechnen. Bei schwankenden Zahlen ist immer die jeweilige Höchstzahl relevant.) |  |

**Folgende Standorte sind zugelassen, entfallen und/oder sollen neu zugelassen werden
(Bitte auch Änderungen des Fachbereiches (FB) eines Standortes vermerken)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Standorte****(bitte vollständige Adresse eintragen)** | **Bereits zugelassen (FB)** | **Entfällt ab (Datum, FB)** | **Zuzu-lassen ab (Datum, FB)** | **Gesamtzahl Mitarbeiter\*innen (Vollzeit-äquivalent)** |
| 1 |  Zentrale:  |  |   |   |   |
| 2 |   |  |   |   |   |
| 3 |   |  |   |   |   |
| 4 |   |  |   |   |   |
| 5 |   |  |   |   |   |

**Welchen weiteren externen Überprüfungen unterliegen Sie als Träger (z.B. zum Arbeitsschutz, Brandschutz, Gesundheitsschutz, Hygiene, Prüfdienst der Bundesagentur für Arbeit, Heimaufsicht, MDK etc.)? Bitte hier auflisten:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Art der externen Überprüfung / Prüfzeiträume** | **Prüfbericht Vorhanden** | **Prüfbericht nicht vorhanden** |
|   |[ ] [ ]
|   |[ ] [ ]
|   |[ ] [ ]
|   |[ ] [ ]
|   |[ ] [ ]
|   |[ ] [ ]

**Da wir verpflichtet sind, Sie über gesetzliche und behördliche Regelungen, die die Zulassung nach AZAV betreffen, zu informieren, bitten wir Sie sich** [**hier**](https://socialcert-gmbh.de/neuigkeiten/newsletter/) **zu unserem Newsletter anzumelden.**

**Hiermit bestätigen wir die Richtigkeit der o.g. Angaben.**

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

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