**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** |