**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 sollen zugelassen werden:**

|  |  |
| --- | --- |
| 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 |  |

**Informationen zum Qualitätsmanagement des Trägers:**

**Gibt es ein eingeführtes Qualitätsmanagement? ja  nein**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Wenn ja, nach welchem Regelwerk? | | | |
| DIN EN ISO 9001 | AZAV | EFQM | GAB – Verfahren |
| Andere (bitte benennen): | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Ist das Qualitätsmanagement beschrieben? | ja | nein |
| Ist das Qualitätsmanagement extern zertifiziert? | ja | nein |
| Durch welche Zertifizierungsstelle / Fachkundige Stelle? | | |
| Datum der Zertifizierung: | | |

**Aus welchem Grund wird eine Trägerzulassung angestrebt?**

**Für welchen Zeitraum wird die Trägerzulassung angestrebt: 3 Jahre  5 Jahre**

**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.) |  |

**Standorte**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Folgende Standorte sollen zugelassen werden**  **(bitte vollständige Adresse eintragen)** | | **Fachbereiche AZAV am Standort** | **Anzahl der**  **Mitarbeiter\*innen** | **Gesamtzahl Mitarbeiter\*innen (Vollzeitäquivalent)** |
| 1 | Zentrale: |  |  | MA |
| 2 |  |  |  | MA |
| 3 |  |  |  | MA |
| 4 |  |  |  | MA |
| 5 |  |  |  | MA |

**Antragsdokumentenprüfung für AZAV-Trägerzulassung:**

Bitte bestätigen Sie, dass Ihre Antragstellung auf Trägerzulassung die folgenden Dokumente zum Vorliegen eines Systems zur Sicherung der Qualität nach § 178 Nr. 4 SGB III i.V.m. § 2 Abs. 4 AZAV (gültig für alle Fachbereiche nach § 5 Abs. 1 S. 3 AZAV) enthält:

| **Der Zulassungsantrag muss insbesondere eine Dokumentation enthalten zu:** | **Vorhanden** | **Nicht vorhanden** |
| --- | --- | --- |
| 1. Einem kundenorientierten und auf Eingliederung in den Ausbildungs- und Arbeitsmarkt gerichteten Leitbild: |  |  |
| * Unternehmensprofil des Trägers, |  |  |
| * Definition der „Kunden“ des Trägers und Nachweis, dass auf die Erwartungen der Kunden eingegangen und dies in den Prozess der kontinuierlichen Verbesserung integriert wird, |  |  |
| * Ausrichtung des Leitbildes am Ausbildungs- und Arbeitsmarkt, |  |  |
| * In- und extern kommuniziertes Leitbild, welches regelmäßig überprüft und bei Bedarf angepasst wird, |  |  |
| 1. zur Unternehmensorganisation und -führung, einschließlich der Festlegung von Unternehmenszielen und der Durchführung eigener Prüfungen zur Funktionsweise des Unternehmens: |  |  |
| * Aufbau- und Ablauforganisation inklusive der Verantwortlichkeiten im Unternehmen, |  |  |
| * Unternehmensziele sowie operationalisierbare Ziele, die relevant für den Fachbereich der Zulassung bzw. die Arbeitsmarktdienstleistung sind, |  |  |
| * Verfahren, wie das Unternehmen Qualitätspolitik und Qualitätsziele festlegt und regelmäßig überprüft, |  |  |
| 1. zu einem zielorientierten Konzept zur Qualifizierung und Fortbildung der Leitung und der Lehr- und Fachkräfte: |  |  |
| * Konzeption zur Personalentwicklung mit Aussagen zur Fort- und Weiterbildung und zur Personalpolitik, |  |  |
| * Bedarfsermittlung an Schulungen des Personals, |  |  |
| * Beurteilung der Wirksamkeit der durchgeführten Qualifizierung, |  |  |
| 1. zu Zielvereinbarungen, einschließlich der Messung der Zielerreichung und der Steuerung fortlaufender Optimierungsprozesse auf Grundlage erhobener Kennzahlen und Indikatoren: |  |  |
| * Aktuelle und messbare Unternehmens- und Qualitätsziele unter Darlegung der daran Beteiligten, |  |  |
| * Regelmäßige Überprüfung der Zielerreichung, |  |  |
| * Weiterentwicklung der Ziele und der Korrekturmaßnahmen, |  |  |
| 1. zur Berücksichtigung arbeitsmarktlicher Entwicklungen bei Konzeption und Durchführung von Maßnahmen der Arbeitsförderung: |  |  |
| * Aktuelle und systematische Analyse des kundenrelevanten Ausbildungs- und/oder Arbeitsmarktes, |  |  |
| * Kontinuierliche Einbeziehung der Analyseergebnisse in die Maßnahmenkonzeption und Maßnahmendurchführung, |  |  |
| * Aktuelle und systematische Analyse der kundenrelevanten Bedarfe in Bezug auf die Zielsetzung der Maßnahme, |  |  |
| 1. zu den Methoden zur Förderung der individuellen Entwicklungs-, Eingliederungs- und Lernprozesse der Teilnehmenden: |  |  |
| * Verfahren zur Eignungsfeststellung bei Teilnehmenden, |  |  |
| * Verfahren zur Herleitung von Entwicklungs-, Eingliederungs-, Lehr- und Lernzielen, |  |  |
| * Verfahren zur Konzeption der Maßnahmenangebote des Trägers, insbesondere auch mit Blick auf die individuellen Voraussetzungen bei den Teilnehmenden, |  |  |
| * Verfahren zur Ermittlung des individuellen Entwicklungs-, Eingliederungs- bzw. Lernbedarfs, |  |  |
| * Einsatz einer angemessenen Methodik, |  |  |
| * Überwachung von Lernprozessen, |  |  |
| * Erfassung der Teilnehmerpräsenz und Abbruchquoten bei Maßnahmen sowie Erfassung der Erreichung von Entwicklungs-, Eingliederungs- bzw. Lehrgangszielen, |  |  |
| 1. zu den Methoden der Bewertung der durchgeführten Maßnahmen sowie ihrer arbeitsmarktlichen Ergebnisse: |  |  |
| * Überwachung der Entwicklungs-, Eingliederungs- bzw. Lernprozesse, |  |  |
| * Erfassung der Teilnehmerpräsenz- und Abbruchquoten bei Maßnahmen, |  |  |
| * Erfassung, ob Entwicklungs-, Eingliederungs- bzw. Lernziele erreicht sind und die Maßnahmen-qualität gewährleistet ist, |  |  |
| * Erfassung ausbildungs- und/oder arbeitsmarktlicher Eingliederungsergebnisse, |  |  |
| * Umgang mit den Evaluierungsergebnissen als Teil des kontinuierlichen Verbesserungsprozesses mit besonderem Blick auf Maßnahmenkonzeption und -durchführung, |  |  |
| 1. zur Art und Weise der kontinuierlichen Zusammenarbeit mit Dritten und der ständigen Weiterentwicklung dieser Zusammenarbeit: |  |  |
| * Analyse des Bedarfs der Zusammenarbeit mit Dritten, |  |  |
| * Benennung der Dritten, |  |  |
| * Erfassung der durchgeführten Aktivitäten unter Einhaltung des Datenschutzes, |  |  |
| * Bedarfsabhängige Entwicklung der Zusammenarbeit |  |  |
| 1. zu einem systematischen Beschwerdemanagement, einschließlich der Berücksichtigung regelmäßiger Befragungen der Teilnehmenden: |  |  |
| * Befragung der Teilnehmenden zur Art der Durchführung der Maßnahme, zum Personal, zur räumlich-technischen Ausstattung sowie zum Ergebnis der Maßnahme, |  |  |
| * Befragung des mit der Maßnahmenorganisation sowie der Maßnahmendurchführung betrauten Personals zur Art der Durchführung der Maßnahme, zur räumlich-technischen Ausstattung sowie zum Ergebnis der Maßnahme, |  |  |
| * System der quantitativen und qualitativen Auswertung von Beschwerden, |  |  |
| * System zur Einleitung und Verfolgung von erforderlichen Vorbeugungs- und Korrekturmaßnahmen. |  |  |

**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** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Haben Sie bereits einen Antrag auf „Zulassung als Träger“ 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 Fachbereich erfolgte eine Zulassung? |  |
| Für welchen Fachbereich erfolgte eine Ablehnung? |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Wurden Sie in der Vorbereitung zur Zertifizierung beraten?** | ja | nein |

|  |
| --- |
| **Wenn ja: Name und Anschrift der beratenden Institution** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Welche Unterstützung vor einer Trägerzulassung wird durch SocialCert GmbH gewünscht?** | | | |
| Voraudit |  | Informationsgespräch |  |

**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 Email-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** |