|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Eingang |  | Auftragsnummer |  |

| **Angaben zum Antragsteller** | | |
| --- | --- | --- |
| **Träger** |  | |
| **Rechtsform** | Einzelunternehmen  Personengesellschaft  andere: | |
| **Handelsregister-/**  **Vereinsregister-Nr. \*)** |  | |
| **Straße, Hausnummer** |  | |
| **PLZ Ort** |  | |
| **Telefon/Telefax** |  | |
| **E-Mail** |  | |
| **Internetadresse** |  | |
| **Gesetzlicher Vertreter** | Vorname Name |  |
| Geburtsdatum |  |
| Geburtsort |  |
| Anschrift |  |

\*) falls vorhanden; bei nicht eingetragenen Personengesellschaften Gesellschaftervertrag, bei Einzelunternehmen Gewerbeanmeldung beifügen.

|  |  |
| --- | --- |
| Ist die Einrichtung eine berufsbildende Schule, die den Schulgesetzen des Bundes oder des Bundeslandes unterliegt, in dem diese Ihren Sitz hat. | ja  nein |
| Wurde eine Zulassung bereits bei einer anderen Fachkundigen Stelle beantragt oder erfolgt mit dieser Beantragung ein Wechsel der FKS.  (Wenn ja, bitte erläutern, ggf. Nachweise beifügen!) | ja  nein |
| Wenn ja, wann und bei welcher Stelle? |  |
| Wurde ein Antrag auf Zulassung bereits von einer anderen Fachkundigen Stelle abgelehnt? | ja  nein |
| Wenn ja, wann und bei welcher Stelle? |  |

| **Die Trägerzulassung wird für folgende Fachbereiche beantragt:**  Hinweis:  Die Zulassungsdauer ist bei ausschließlicher Trägerzulassung nach AZAV auf einen Zeitraum von 5 Jahren begrenzt. Bei Zulassung im Kombinationsverfahren ISO 9001 und AZAV-Trägerzulassung ist die Zulassungsdauer auf 3 Jahre begrenzt. | | | |
| --- | --- | --- | --- |
| **1** | Maßnahmen zur Aktivierung und beruflichen Eingliederung nach § 45 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 bis 2 und 4 bis 5 SGB III |  |
| **3** | Maßnahmen der Berufswahl und Berufsausbildung nach dem Dritten Abschnitt des Dritten Kapitels SGB III |  |
| **4** | Maßnahmen der beruflichen Weiterbildung nach dem Vierten Abschnitt des Dritten Kapitels SGB III |  |
| **6** | Maßnahmen zur Teilhabe behinderter Menschen am Arbeitsleben nach dem Siebten Abschnitt des Dritten Kapitels SGB III |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **MAssNAHMEstandorte**  Für die Durchführung unserer Maßnahmen beantragen wir die Zulassung folgender Standorte:  (Hier bitte nur dauerhafte Standorte eintragen; temporäre Standorte sind gesondert zu beantragen!) | | |
| **Bezeichnung des Standorts** | **PLZ und Ort** | **Straße und Hausnummer** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Bitte für jeden Standort Anlage **<F0908 Anlage Standort AZAV>** ausfüllen!

|  |  |
| --- | --- |
| **Erfahrungsnachweis** | |
|  | Bisher wurden von uns keine Maßnahmen der Arbeitsförderung gem. SGB III durchgeführt. Es kann auf die im Beiblatt erläuterten Kompetenzen und Erfahrungen verwiesen werden.  (Bitte ggf. zusätzliches Blatt beifügen.) |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Aktuelles Angebot an Maßnahmen (Nicht für Fachbereich 2 [Arbeitsvermittlung]. Bitte erforderlichenfalls zusätzliches Blatt beifügen.) | | |
| Maßnahmebezeichnung | **Bereich \*)** | **ggf. Maßnahmenummer der**  **Arbeitsagentur/des Jobcenters** |
|  | 1  3  4  6 |  |
|  | 1  3  4  6 |  |
|  | 1  3  4  6 |  |
|  | 1  3  4  6 |  |
|  | 1  3  4  6 |  |
|  | 1  3  4  6 |  |
|  | 1  3  4  6 |  |
|  | 1  3  4  6 |  |
|  | 1  3  4  6 |  |
|  | 1  3  4  6 |  |
|  | 1  3  4  6 |  |
|  | 1  3  4  6 |  |

#### \*) Bereiche siehe Seite 1

|  |  |
| --- | --- |
| Bestätigung der zuständigen Stelle oder der zuständigen Aufsichtsbehörde über die Eignung der Ausbildungsstätte zur Durchführung von Maßnahmen, die auf Berufsabschlüsse in anerkannten Ausbildungsberufen bzw. bundes- oder landesrechtlich geregelten Berufen vorbereiten | liegt dem Antrag bei  wird nachgereicht  nicht vorhanden |

**Weitere Angaben**

Bitte fügen Sie zu allen nachfolgenden Punkten geeignete Nachweise bei. Sofern zu einzelnen Aspekten keine Angaben aus der bisherigen Tätigkeit gemacht werden können, muss in geeigneter Weise dargelegt werden, wie die jeweilige Anforderung erfüllt werden soll (z. B. durch Verfahrensfestlegungen im QM-System). Die Angaben werden im Rahmen der Vor-Ort-Begutachtung verifiziert.

|  |  |
| --- | --- |
| Angaben zum Qualitätsmanagementsystem (QMS) | |
| Art des QM-Systems (z. B. ISO 9001, ISO 29990, PAS 1037, LQW; Kriterien gem. § 2 Abs. 4 AZAV) |  |
| Das QM-System ist durch folgende Stelle zertifiziert |  |
| Gültigkeit der Zertifizierung bis |  |
| Revisionsstand des aktuellen QM-Handbuchs (Bitte QMH und Prozessbeschreibungen beifügen) |  |

Bitte fügen Sie **Darstellungen und Nachweise** zu folgenden Aspekten bei:

* Nachweise zur finanziellen Leistungsfähigkeit (letzter Jahresabschluss und letzte verfügbare betriebswirtschaftliche Auswertung; alternativ Unbedenklichkeitsbestätigung des Finanzamtes oder Steuerberaters)
* Gegebenenfalls Auszug aus Vereins- / Handelsregister nicht älter als 3 Monate
* Darstellung der Räumlichkeiten und deren Eignung (bitte <F0908 Anlage Standort AZAV> beifügen!)
* Darstellung der Organisation- und Personalstrukturen und deren Eignung für Maßnahmen der Arbeitsförderung (bitte <F0909 Anlage Personal AZAV> beifügen!)
* Konzept zur Qualifizierung Lehrkräfte
* Nachweise der Aus- und Weiterbildung für Leitung, Lehr- und Fachkräfte
* Bewertung der Lehr- und Fachkräfte durch die Teilnehmer
* aktuelles Organigramm
* Liste der Kooperationspartner (Akteure des Arbeitsmarktes)
* Darstellung der Methoden, mit denen der Träger arbeitsmarktrelevante Entwicklungen berücksichtigt
* Methoden der Bewertung durchgeführter Maßnahmen sowie deren arbeitsmarktlichen Ergebnisse
* Teilnehmerbefragungen
* Kundenorientiertes und auf Eingliederung ausgerichtetes Leitbild
* Unternehmensziele für das laufende Kalenderjahr
* Interner Auditbericht
* Prozess zum Beschwerdemanagement
* Teilnehmervertrag (für Fachbereich …  oder Maßnahmen nach §…)

| Erklärung des gesetzlichen Vertreters gemäß § 2 Abs. 1 S. 2 Nr. 1 und S. 3 Nr. 2 AZAV | |
| --- | --- |
| Hiermit erkläre ich als Inhaber bzw. gesetzlicher Vertreter, dass gegen mich keine Vorstrafen, Strafverfahren, staatsanwaltliche Ermittlungsverfahren und Gewerbeuntersagungen innerhalb der letzten fünf Jahre vorliegen bzw. vorlagen. **Über das Vermögen des Unternehmens wurde bislang kein Insolvenzverfahren beantragt, eröffnet oder mangels Masse abgelehnt.** | |
| Datum |  |
| Name in Klartext |  |
| Unterschrift des Antragstellers (bei juristischen Personen des gesetzlichen Vertreters) |  |

| Erklärung des Antragstellers | |
| --- | --- |
| Die Anforderungen gem. § 178 SGB III i. V. m. der Akkreditierungs- und Zulassungsverordnung Arbeitsförderung – AZAV sind uns bekannt. Sie werden von uns anerkannt und erfüllt. Darüber hinaus erklären wir, dass wir ein Qualitätssicherungssystem anwenden.  Wir verpflichten uns, der Fachkundigen Stelle wesentliche Änderungen zu den im Antrag gemachten Angaben und der Anwendung des Systems der Qualitätssicherung und Qualitätsentwicklung unverzüglich anzuzeigen. Dabei ist darzulegen, dass die in § 178 des Dritten Buches Sozialgesetzbuch sowie die in § 2 der AZAV genannten Voraussetzungen weiterhin vorliegen. Es wird versichert, dass alle Angaben der Wahrheit entsprechen. Uns ist bekannt, dass die Trägerzulassung während des gesamten Zeitraums der Dauer von Maßnahmen der Arbeitsförderung gültig sein muss. Wir wurden darüber belehrt, dass ggf. die Erneuerung der Trägerzulassung rechtzeitig vor Ablauf der Gültigkeit beantragt werden muss (mindestens 6 Monate vor Zertifikatsablauf). | |
| **Datum** |  |
| **Name in Klartext** |  |
| **Rechtsverbindliche Unterschrift** |  |

| Wird von der TAW Cert ausgefüllt! |
| --- |

| **Antragsprüfung** | |
| --- | --- |
| Datum/Antragsprüfer\*In |  |
| Antragsprüfung durchgeführt | Siehe Checkliste Antragsprüfung F0905 vom |
| Auditierung möglich | ja  nein |