|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Eingang |  | TAW Cert-Auftragsnummer |  |

| **Angaben zum Antragsteller** | | |
| --- | --- | --- |
| Träger |  | |
| Straße, Hausnummer |  | |
| PLZ Ort |  | |
| Internetadresse |  | |
| Ansprechpartner | Vorname Name |  |
| Telefon/Telefax |  |
| E-Mail-Adresse |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Liegt bereits eine Trägerzulassung im Sinne der AZAV von einer anderen fachkundigen Stelle vor? | ja  nein |
| Wenn ja, wann und bei welcher Stelle? |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Angaben zur Maßnahme |  | |
| Maßnahmebezeichnung: |  | |
| Kennziffer gem. KldB 2010 [(Kennziffernsuche)](https://statistik.arbeitsagentur.de/DE/Navigation/Grundlagen/Klassifikationen/Klassifikation-der-Berufe/KldB2010/Systematik-Verzeichnisse/Systematik-Verzeichnisse-Nav.html) |  | |
| Maßnahmenart:  (Es können mehrere Möglichkeiten angekreuzt werden.) | Einzelmaßnahme Modulare Maßnahme \*) | |
| Vollzeit  Teilzeit mit       Wochenstunden | |
| Laufender Einstieg der Teilnehmer möglich? | ja  nein | |
| Zu erreichender Abschluss:  (Bei Maßnahmen, die auf Berufsabschlüsse in anerkannten Ausbildungen oder bundes- oder landesrechtlich geregelten Berufen vorbereiten, ist eine Bestätigung über die Eignung der Ausbildungsstätte durch die Aufsichtsstelle oder Behörde beizufügen.) |  | |
| Dauer der Maßnahme (Unterricht): | Wochen       UE (45 Minuten) | |
| Dauer Praktikum/betriebliche Erprobung: | Wochen       Stunden (60 Minuten) | |
| Geplante Teilnehmerzahl (Gruppengröße): |  | |
| Kosten:  (Bei Überschreibung des B-DKS bitte ausführliche Begründung und Nachweise des erhöhten arbeitsmarktlichen Nutzens [hoher Integrationserfolg; positive, schlüssig begründete Integrationsprognose; hohe Schulungsqualität] beifügen)  Hier geht´s zu den [Bundesdurschnittskostensätzen (B-DKS)](https://www.arbeitsagentur.de/bildungstraeger/akkreditierung-zulassung) | Gesamtkosten je TN:  Kosten je UE: | B-DKS: |
| Antrag auf Zulassung der Maßnahme wurde bereits bei einer anderen Fachkundigen Stelle gestellt: | ja  nein  wenn ja bei: | |
| Die Dauer der Maßnahmenzulassung wird gem. § 5 (4) AZAV für mehr als 3 Jahre beantragt: | ja  nein  (Wenn ja, bitte ausführliche Begründung beifügen, warum die Entwicklungen am Ausbildungs- und  Arbeitsmarkt voraussichtlich keine wesentlichen Auswirkungen auf Maßnahmen haben werden.) | |

\*) Bei modularen Maßnahmen bitte auch zusätzlich entsprechende Angaben auf Seite 2 vornehmen.

|  |  |
| --- | --- |
| Werden bei der Durchführung der Maßnahme Dritte/ Unterauftragnehmer (ausgenommen freie Dozenten) eingesetzt? (Ggf. AZAV-Zulassung des Unterauftragnehmers beifügen.) | ja  nein  Wenn ja, mit wie viel Maßnahmestunden insgesamt? |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **MAssNAHMEstandorte**  an denen die Maßnahme durchgeführt werden soll | | | | |
|  | **Bezeichnung** | **Straße und Hausnummer** | **PLZ** | **Ort** |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |

(Ggf. Fortsetzung auf zusätzlichem Blatt)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Modulare Maßnahmen** bitte nur bei modularen Maßnahmen ausfüllen | | | | | | | | |
| Kennziffer  (KdlB 2010) | | Modulbezeichnung | Moduldauer | | Modulkosten | Kosten  je UE | B-DKS |
|  | |  | UE  (45min.) | Praktikum  (60min.) |  |  |  |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |  |  |

(Ggf. Fortsetzung auf zusätzlichem Blatt)

**Bitte fügen Sie Ihrem Antrag Informationen und Nachweise zu folgendem bei:**

* Kalkulation der Maßnahmekosten mit Ertragsrechnung (Formular <F0934 Kalkulation-Maßnahme> verwenden!)

ggf. zusätzlich (nach Anforderung durch die fachkundige Stelle):

* Ausgefüllte <F0932 Checkliste Maßnahmenbegutachtung\_81 AZAV> (Spalte: Angaben des Trägers)
* Informationsmaterial, Teilnehmervertrag und Teilnahmebescheinigung/Zertifikat

| Erklärung | |
| --- | --- |
| Wir verpflichten uns, wesentliche Änderungen der Maßnahme unverzüglich der fachkundigen Stelle mitzuteilen (Formular <F0902 AZAV-Änderungsmeldung AZAV> der TAW Cert GmbH). Wesentlich ist eine Änderung dann, wenn sie wesentlicher inhaltlicher, wesentlicher konzeptioneller oder wesentlicher organisatorischer Art ist oder finanzielle Auswirkungen hat. | |
| **Wir wurden darüber aufgeklärt, dass die Änderungsmeldung vor Beginn der geänderten Maßnahme bei der Fachkundigen Stelle vorzulegen ist. Eine nicht rechtzeitige Vorlage einer erforderlichen Änderungsmeldung kann zum Entzug der Maßnahmenzulassung, ggf. auch zum Entzug der Trägerzulassung führen kann.** | |
| **Sollte eine Kostenzustimmung durch die Bundesagentur für Arbeit erforderlich sein (bei Überschreitung des Bundesdurchschnittskostensatzes B-DKS), stimmen wir einer Übermittlung der erforderlichen Daten an die Kostenzustimmungsstelle der Bundesagentur für Arbeit zu. Über Art und Umfang der übermittelten Daten werden wir informiert.** | |
| **Datum** |  |
| **Name in Klartext** |  |
| **Rechtsverbindliche Unterschrift** |  |

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

| **Antragsprüfung** | |
| --- | --- |
| Datum/Antragsprüfer\*In |  |
| **Prüfung eingereichter Dokumente** ( \*) = optional; \*\*) bei Referenzauswahlverfahren: für alle beantragten Maßnahmen/Module) | |
| Antrag Referenzauswahlverfahren \*) | Nr. |
| Antrag/Anträge MZ (alle MN) \*\*) | ja  nein  nicht erforderlich, weil |
| Anlagen P/St \*) | ja  nein  nicht erforderlich, weil |
| Maßnahmekonzept(e) \*\*) | ja  nein  nicht erforderlich, weil |
| Curriculum/Stoffverteilungsplan \*\*) | ja  nein  nicht erforderlich, weil |
| Checkliste Maßnahmebegutachtung \*\*) | ja  nein  nicht erforderlich |
| Kalkulation \*\*) | ja  nein |
| Begründung/Nachweise Kalkulation \*\*) | ja  nein |
| **Prüfung Begutachtungsressourcen** | |
| Vorangegangene Antragsprüfung TZ | Siehe Checkliste Antragsprüfung F0905 vom |
| Personelle/zeitliche Ressourcen sind  verfügbar |  |
| MN-Prüfung möglich | ja  nein |

| **Zulassungsempfehlung/Kostenzustimmung/Zulassung/Ablehnung** | | | |
| --- | --- | --- | --- |
| **Maßnahme-Nummer(n)** |  | | |
| Die Zulassung erfolgte im Referenzauswahlverfahren (Stichproben siehe ChL MN-Begutachtung) | | | ja  nein |
| Maßnahme ist geeignet. Der Auditor empfiehlt die Zulassung für       Jahre.  Maximale Zulassungsdauer: 3 Jahre. Sofern die Entwicklung auf dem Ausbildungs- und Arbeitsmarkt voraussichtlich keine wesentliche Auswirkung auf die Maßnahme hat, max. 5 Jahre.  (Bei Ablehnung ausführliche Begründung beilegen. Bei Referenzauswahlverfahren Auflistung aller zugelassenen Maßnahmen der o. g. Maßnahmenliste beifügen.) | | | ja  nein |
| **Bei Überschreiten des B-DKS (> 25%)** Antrag Kostenzustimmung an die Bundesagentur für Arbeit.  (JJMMTT\_Übersichtsbogen-Kostenzustimmung-BA>, Maßnahmenkonzept und Kostenkalkulation an BA) | | | |
| **Datum** | |  | |
| **Auditor** | |  | |

| Bei Überschreitung des B-DKS (> 25%): Genehmigung der BA liegt vor. | | ja  nein |
| --- | --- | --- |
| **Die TAW *Cert* GmbH bestätigt die Zulassung** | | ja  nein |
| **Datum** |  | |
| **Geschäftsführer der TAW *Cert* GmbH oder dessen Beauftragter** |  | |

accessDB

Monatsmeldeliste

Zertifikat(e)