|  |  |
| --- | --- |
| Firma/Organisation |  |
| Straße |  |
| PLZ |  |
| Ort |  |
| Kundennummer | (wird ggf. von Kiwa ZERTPUNKT nachgetragen) |

Erstzertifizierung  Erneute Zulassung

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Angaben zur Organisation | Hiermit bestätigen wir die Angaben aus der Kurzanfrage / dem Datenstammblatt vom |
| **1.1. Gesetzliche/r Vertreter/in** | Name:  Geburtsdatum:  Geburtsort: |

|  |
| --- |
| **2. Beantragung der Fachbereiche**  **AZAV Trägerzulassung / Fachbereiche gemäß SGB III, AZAV § 5 (1)** |
| FB 1  Träger zur Durchführung von Maßnahmen zur Aktivierung und beruflichen Eingliederung  nach § 45 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 bis 5 des SGB III  für alle Standorte  für Standort Nr.       lt. Standortliste |
| FB 2  Private Arbeitsvermittlung in versicherungspflichtige Beschäftigung  nach § 45 Absatz 4 Satz 3 Nummer 2 des SGB III  für alle Standorte  für Standort Nr.       lt. Standortliste  Für die Beantragung dieses Fachbereiches müssen Sie uns eine Gewerbeanmeldung  zur privaten Arbeitsvermittlung vorlegen. |
| FB 3  Träger zur Durchführung von Maßnahmen der Berufswahl und Berufsausbildung  nach dem Dritten Abschnitt des Dritten Kapitels des SGB III  für alle Standorte  für Standort Nr.       lt. Standortliste |
| FB 4  Träger zur Durchführung von Maßnahmen der beruflichen Weiterbildung  nach dem Vierten Abschnitt des Dritten Kapitels des SGB III  für alle Standorte  für Standort Nr.       lt. Standortliste |
| FB 5  Träger für Transferleistungen nach den §§ 110 und 111 des SGB III  für alle Standorte  für Standort Nr.       lt. Standortliste |
| FB 6  Träger für Maßnahmen zur Teilhabe behinderter Menschen am Arbeitsleben  nach dem Siebten Abschnitt des Dritten Kapitels des SGB III  für alle Standorte  für Standort Nr.       lt. Standortliste |

|  |  |
| --- | --- |
| 3. Weitere Informationen (bitte unbedingt beschreiben bzw. beifügen) | **Eintragungen des Trägers** |
| 3. 1. Übersicht über das aktuelle Angebot an Maßnahmen |  |
| 3. 2. Darstellung von Art und Umfang der Zusammenarbeit mit Akteuren des Ausbildungs- und Arbeitsmarktes vor Ort |  |
| 3. 3. Darstellung der Methoden, mit denen aktuelle arbeitsmarktrelevanten Entwicklungen berücksichtigt werden |  |
| 3. 4. Verfahren des Trägers zur Bewertung durch Teilnehmende |  |
| 3.5. Verfahren des Trägers zur Bewertung durch Betriebe |  |
| 3. 6. Teilnehmervertrag  bitte pro Fachbereich beifügen |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 4. | Diese Dokumente müssen mit der Trägererhebung eingereicht werden: √ | Wurde bereits an Kiwa ZERTPUNKT gesendet |
| 4.1. Standortliste (Kiwa ZERTPUNKT Formular) bei Erstzertifizierung/ **erneuter Zulassung:**  **Bitte tragen Sie in die Standortliste auch die Mitarbeiterzahl/ Fachbereiche pro Standort ein**  - Liegt in der Regel bereits bei Kiwa ZERTPUNKT vor. Falls nicht, bitte schnellstmöglich zusenden. |  |  |
| 4.3. Organigramm | √ |  |
| 4.4. Personalstandards **(Kiwa ZERTPUNKT Formular)** | √ |  |
| 4.5. Raumstandards **(Kiwa ZERTPUNKT Formular)** | √ |  |
| 4.5.1 Mietvertrag, Fotos, Grundriss der Zentrale | √ |  |
| 4.6. Übersicht durchgeführte Maßnahmen (bei erneuter Zulassung) **(Kiwa ZERTPUNKT Formular)** | √ |  |
| 4.7. QM-Handbuch/ QM-Dokumentation | √ |  |

Wir bitten um das Bereithalten folgender Belege im Audit:

Aufzeichnung der internen Überprüfung der letzten 12 Monate

1. Nachweis der finanziellen Leistungsfähigkeit (aktuell)
2. Aktuelle Ziele und Auswertung der Ziele
3. Auswertung der Kundenzufriedenheitsbefragung
4. Auswertung der Befragung der Betriebe
5. Nachweise über die Teilnahme an Arbeitsmarktkonferenzen
6. Qualifikationsnachweise des Personals

Die aufgeführten Nachweise sind nicht nur bereit zu halten, sondern dem Auditor / der Auditorin auszuhändigen, da diese bei Kiwa ZERTPUNKT vorliegen müssen.

Im Rahmen des Audits werden vom Auditor / von der Auditorin weitere Belege eingesehen.

Wir bilden laufend neue Auditoren aus, damit unsere Kunden optimal betreut werden. Das bedeutet, dass wir Auditoren (Trainees) mit einer abgeschlossenen Auditorenausbildung an Audits teilnehmen lassen.

Für Sie fallen dadurch keine zusätzlichen Kosten an. Sollten Sie die Teilnahme eines Trainees an Ihrem Audit nicht wünschen, teilen Sie uns dies bitte mit.

**Erklärung des Trägers**

Wir bestätigen, dass wir innerhalb der letzten 12 Monate eine eigene Überprüfung zur Funktionsweise des Unternehmens durchgeführt haben.

Es wird bestätigt, dass die Daten den Geltungsbereich der beantragten Zulassung abbilden und vollständig und korrekt sind.

Mit der Unterschrift bestätigt der Antragsteller bzw. dessen gesetzliche/r Vertreter/in bzw. der/die nach Gesetz, Satzung oder Gesellschaftsvertrag zur Vertretung oder Geschäftsführung Berechtigte, dass gegen sie/ihn keine Vorstrafen, anhängige Strafverfahren, staatsanwaltschaftliche Ermittlungsverfahren, Gewerbeuntersagungen innerhalb der letzten 5 Jahre vorliegen. Kein Insolvenzverfahren wurde eröffnet, beantragt oder die Eröffnung mangels Masse abgelehnt.

*Mit der Unterschrift bestätigt der Antragsteller bzw. dessen gesetzliche/r Vertreter/in bzw. der/die nach Gesetz, Satzung oder Gesellschaftsvertrag zur Vertretung oder Geschäftsführung Berechtigte, dass die Angaben der Mitarbeitenden (Zentrale und je Standort) auf der Standortliste dem Geltungsbereich entsprechen.*

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Datum Unterschrift

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

(Name des Unterzeichnenden in Druckschrift)

Anlage:

Standortliste FO

AZAV Personalstandards FO

AZAV Raumstandards FO

AZAV Übersicht durchgeführte Maßnahmen FO