Sehr geehrte Damen und Herren,

als akkreditierte fachkundige Stelle benötigen wir zur Angebotserstellung (dieser Fragebogen wird zur Anlage 7 des Angebotes) und zur Planung und Vorbereitung aller AZAV-Audits aktuelle Angaben zu Ihrem Unternehmen. Dies ist in den Akkreditierungsanforderungen begründet. Bitte unterstützen Sie uns hierbei, in dem Sie den Fragebogen vollständig ausfüllen und damit einen reibungslosen Ablauf der Zulassung und Überwachung Ihres Unternehmens gewährleisten.

Wir bitten Sie, uns den Fragenbogen auszufüllen und die erforderlichen Nachweise als Anlage beizufügen.

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Allgemeine Informationen** (ggf. hier nur Hauptstandort / Zentrale gem. Registerauszug) | | | | | | | |
| Unternehmen mit Gesellschaftsform |  | | | | | | |
| Straße |  | | | | | | |
| PLZ |  | Stadt |  | | Land |  | |
| Ansprechpartner | Herr Frau Divers | | Funktion | QMB | | | andere |
| Vorname, Name |  | | Internetadresse |  | | | |
| Telefon |  | | E-Mail |  | | | |
| HRB |  | | USt-ID |  | | | |
| *Bei weiteren zulassungsrelevanten Standorten bitte Seite 7 ausfüllen!* | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| **1. Informationen zur Mitarbeiterzahl an der Zentrale (Mitarbeiter:innen an weiteren Standorten s. Seite 7)** | | | | | | | |
| Gesamtanzahl Vollzeit-Mitarbeitende im Geltungsbereich AZAV  (*Bitte Teilzeitkräfte auf Vollzeitäquivalente umrechnen)* | | | |  | | | |
| Anzahl geleisteter Stunden durch Honorarkräfte pro Jahr  (Geltungsbereich AZAV) | | | |  | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **2. Welche Art der Zulassung ist geplant bzw. besteht?** (Mehrfachauswahl möglich) | |
| Einzelzulassung | Ein Standort ist zugelassen |
| Stichprobenverfahren | Mehrere Standorte sind zugelassen und werden ggf. in einer Stichprobe auditiert |
| Kombinierte / Integrierte Zertifizierung | Bei der Zertifizierung von mehreren Managementsystemen gleichzeitig können sich Synergien ergeben, welche zur Verkürzung der Auditzeit führen können (wenn zutreffend, beachten Sie dazu Pkt. 3,4,5) |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **3. Angaben zur Übernahme einer Zulassung von einer anderen Fachkundigen Stelle** | | | |
| Besteht eine aktuelle AZAV-Trägerzulassung bei einer anderen Fachkundigen Stelle? | | Ja | Nein |
| Besteht eine aktuelle AZAV-Maßnahmezulassung bei einer anderen Fachkundigen Stelle? | | Ja | Nein |
| Wenn ja, warum möchten Sie die Fachkundige Stelle wechseln? |  | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **4. Bei zeitgleicher Auditierung z.B mit ISO 9001: Wie hoch ist Ihr Integrationsgrad?** | | |
| Nur bei einem zeitgleichen Zertifizierungsverfahren mit mehreren Normen füllen Sie bitte folgende Punkte aus: | | |
| Integrierte Managementsystem-Dokumentation einschließlich der Verfahrens- und Arbeitsanweisungen | Ja | Nein |
| Management Reviews, die die gesamte Geschäftsstrategie und den Unternehmensplan berücksichtigen | Ja | Nein |
| Ein integrierter Ansatz für interne Audits | Ja | Nein |
| Ein integrierter Ansatz für Politik und Ziele der Organisation | Ja | Nein |
| Ein integrierter Ansatz für Systemprozesse (Prozessbeschreibungen) | Ja | Nein |
| Ein integrierter Ansatz für Verbesserungsmechanismen (Korrektur- und Vorbeugungsmaßnahmen; Messung und kontinuierliche Verbesserung) | Ja | Nein |
| Integrierte Managementunterstützung und Verantwortlichkeiten (gemeinsame Managementbeauftragte) | Ja | Nein |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **5. Weitere Faktoren, die Einfluss auf den Auditaufwand haben könnten** | | |
| **Kriterium** | **zutreffend** | **In der Kalkulation berücksichtigte Punkte (vom TÜV Nord –Kalkulator/in auszufüllen)** |
| komplizierte Logistik mit mehr als einem Standort (oder Gebäude), an denen die Tätigkeiten durchgeführt werden | Nein  Ja | Nein  Ja |
| sehr großer Standort im Verhältnis zur Anzahl der Mitarbeiter (z. B. mit einem Übungsgelände) | Nein  Ja | Nein  Ja |
| hohe Regulierungsdichte (z. B. Pflege, Luft- und Raumfahrt, Atomenergie,  usw.) oder komplexe Verfahren | Nein  Ja | Nein  Ja |
| ausgegliederte Funktionen oder Prozesse (z.B. Unterauftragnehmer bei der Maßnahmedurchführung) | Nein  Ja | Nein  Ja |
| Ein sehr kleiner Standort im Verhältnis zur Anzahl der Mitarbeiter | Nein  Ja | Nein  Ja |
| Vorkenntnisse über das Managementsystem durch die Fachkundige Stelle (z.B. bereits nach ISO 9001 zertifiziert) | Nein  Ja | Nein  Ja |
| Ausgereiftes Management-System | Nein  Ja | Nein  Ja |
| Bereitschaft für die Zertifizierung (z. B. bereits zertifiziert durch eine andere unabhängige Stelle) | Nein  Ja | Nein  Ja |
| Hoher Automatisierungsgrad (z.B. durch eine bestimmte Software) | Nein  Ja | Nein  Ja |
| Einige der Mitarbeiter arbeiten im Außendienst ("standortfern"), (z. B. Honorardozenten an temporären Standorten) und die Übereinstimmung ihrer Tätigkeiten mit dem System, kann im Wesentlichen durch eine Überprüfung von Aufzeichnungen auditiert werden | Nein  Ja | Nein  Ja |
| Wurden Sie beim Aufbau Ihres Managementsystems durch einen Berater unterstützt? | Nein  Ja  Nein  Ja | |
| Name des Beratungsunternehmen | Ansprechpartner | |
| Wann planen Sie die Auditierung? |  | |

|  |
| --- |
| **6. Welche Fachbereiche nach §5 AZAV sollen zugelassen werden?** |
| 1: Maßnahmen zur Aktivierung und beruflichen Eingliederung (AuE)  2: Private Arbeitsvermittlung in versicherungspflichtige Beschäftigung  3: Maßnahmen der Berufswahl und Berufsausbildung  4: Maßnahmen der beruflichen Weiterbildung (FbW)  5: Transferleistungen  6: Maßnahmen zur Teilhabe behinderter Menschen am Arbeitsleben  **Bei erstmaliger Zulassung der Fachbereiche 1 und 4, welche Inhalte sollen zugelassen werden?**  **Bitte beschreiben kurz die Zielstellung der geplanten Maßnahmen:** |

|  |
| --- |
| **7. Liegt eine AZAV-Maßnahmezulassung durch TÜV NORD CERT vor?**  **nur relevant für die AZAV Fachbereiche 1 (AuE) und 4 (FbW)** |
| Ja **(Punkt 10 und / oder Punkt 11 ausfüllen)**  NEIN |

|  |
| --- |
| **8. Notwendige Unterlagen, die zusätzlich für die Kalkulation des Zulassungsaudits einzureichen sind** |
| Auszug eines Berufs- oder Handelsregisters (bzw. vergleichbare Nachweise)  Organigramm/Aufbauorganisation |

|  |
| --- |
| **Möchten Sie uns noch etwas mitteilen?** |
|  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **9. Meldung über die laufenden Maßnahmen und über die seit dem letzten Audit**  **abgeschlossenen Maßnahmen**  **Fachbereich 1 - Maßnahmen zur Aktivierung und beruflichen Eingliederung nach § 45 Absatz 1 Satz 1  Nummer 1 bis 5 des Dritten Buches Sozialgesetzbuch (AbE-Maßnahmen)**  **(nur auszufüllen, wenn bereits Maßnahmen durch TÜV Nord Cert zugelassen wurden)** | | | | |
| **Zertifikats-nummer Maßnahme** | **Maßnahmetitel** | **Durchführungszeitraum (MM/JJJJ - MM/JJJJ)** | **Durch-**  **führungs-**  **standorte** | **Anzahl duch die BA geförderten Teilnehmer** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **10. Meldung über die laufenden Maßnahmen und über die seit dem letzten Audit**  **abgeschlossenen Maßnahmen**  **Maßnahmen der beruflichen Weiterbildung nach dem Vierten Abschnitt des Dritten Kapitels des  Dritten Buches Sozialgesetzbuch (FBW Maßnahmen)**  **(nur auszufüllen, wenn bereits Maßnahmen durch TÜV Nord Cert zugelassen wurden)** | | | | |
| **Zertifikats-nummer Maßnahme** | **Maßnahmetitel** | **Durchführungszeitraum (MM/JJJJ - MM/JJJJ)** | **Durch-**  **führungs-**  **standorte** | **Anzahl duch die BA geförderten Teilnehmer** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Wir bestätigen die Richtigkeit der Angaben und sind damit einverstanden, dass unsere Angaben im Rahmen der Angebotserstellung und Vorgangs-/Auftragsabwicklung gespeichert werden.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  | |  |
| Ort + Datum |  | Name (in Druckbuchstaben) | |  | Unterschrift + Firmenstempel |

*Sollen weitere Standorte berücksichtigt werden, vervielfältigen Sie bitte diese Seite.*

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **11. Standort Nr.** | | | | | | | |
| Temporärer Standort | | JA | | NEIN | | | |
| **Allgemeine Informationen** | | | | | | | |
| Unternehmen mit Gesellschaftsform |  | | | | | | |
| Straße |  | | | | | | |
| PLZ |  | | Stadt | |  | Land |  |
| **Informationen zur Mitarbeiterzahl** | | | | | | | |
| Gesamtanzahl Vollzeit-Mitarbeitende im Geltungsbereich AZAV an diesem Standort (*Bitte Teilzeitkräfte auf Vollzeitäquivalente umrechnen)* | | | | | |  | |
| Anzahl geleisteter Stunden durch Honorarkräfte pro Jahr (gesamt) an diesem Standort (Geltungsbereich AZAV) | | | | | |  | |
| **Fachbereiche nach §5 AZAV** | | | | | | | |
| 1: Maßnahmen zur Aktivierung und beruflichen Eingliederung (AuE)  2: Private Arbeitsvermittlung in versicherungspflichtige Beschäftigung  3: Maßnahmen der Berufswahl und Berufsausbildung  4: Maßnahmen der beruflichen Weiterbildung (FbW)  5: Transferleistungen  6: Maßnahmen zur Teilhabe behinderter Menschen am Arbeitsleben | | | | | | | |
|  | | | | | | | |