Anlage zum Änderungsvertrag vom:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Bisheriger Name des Trägers (mit Angabe der Rechtsform)** |  | **Träger ZN:** (bitte unbedingt angeben) | 01 600 |
| **Str. , Nr.:** |  | **PLZ , Ort:** |  |
| **E-Mail:** |  | **Homepage:** |  |
| **Ansprechpartner/in:** |  | **Telefon:** |  |

Antragsteller

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Zukünftiger Name des Trägers (mit Angabe der Rechtsform)** |  | **Träger ZN:** (bitte unbedingt angeben) | 01 600 |
| **Str. , Nr.:** |  | **PLZ , Ort:** |  |
| **E-Mail:** |  | **Homepage:** |  |
| **Ansprechpartner:** |  | **Telefon:** |  |

**Mitarbeiterzahlen und Anzahl im zu zertifizierenden Bereich / Betriebsteil**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Anzahl der Mitarbeitenden (tatsächlich, inkl. Externe)** |  | **Effektiv eingesetzte Mitarbeitende 1) (umgerechnet auf Vollzeit)** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **1) Berechnung effektiv eingesetzte Mitarbeiter in AZAV** | **Anzurechnen mit** |
| Mitarbeitende (MA) ab 50 % Beschäftigungsgrad | Anteil der geleisteten Arbeitsstunden je Beschäftigten  Beispiel:  1 MA = 50 %; 1 MA = 70 %, 1 MA = 80 %; 1 MA = 100 %  Umrechnung in Vollzeit:  1 MA = 0,50; 1 MA = 0,70, 1 MA = 0,80  **Vollzeit Beschäftigte: 2,0** |
| Externe Fachkräfte (Honorardozenten)\*/ Mitarbeitende, geringfügig Beschäftigte (z.B. 400 Euro Kräfte; 15 h Kräfte) | Jahresdurchschnitt der geleisteten Arbeitsstunden pro Dozent/in oder Mitarbeitenden  Beispiel:  1 Dozent/in = 25 %; 1 Dozent/in = 35 %, 1 Dozent/in = 30 %  Umrechnung in Vollzeit:  1 Dozent/in = 0,25; 1 Dozent/in = 0,35, 1 Dozent/in = 0,20  **Vollzeit Beschäftigte: 0,8 = 1,0 (aufgerundet)** |
| Beschäftigte mit sehr einfachen Tätigkeiten (Hilfskräfte, angelernte Mitarbeitende für einfache Tätigkeiten) | Jahresdurchschnitt der geleisteten Arbeitsstunden  Beispiel:  1 MA = 25 %; 1 MA = 35 %, 1 MA = 30 %  Umrechnung in Vollzeit:  1 MA = 0,25; 1 MA = 0,35, 1 MA = 0,20  **Vollzeit Beschäftigte: 0,8 = 1,0 (aufgerundet)** |
| Auszubildende (je nach Lehrjahr) \*  \* *keine Lehrgangsteilnehmer/innen*! | Jahresdurchschnitt unter Berücksichtigung des Beginns und des Endes der Ausbildung |
| **Achtung:**  Behinderte Beschäftigte in WfbM nach § 219 SGB IX werden in der ISO mit 10 % eingerechnet. In der AZAV-Trägerzulassung werden sie jedoch bei der Berechnung des Auditaufwandes nicht berücksichtigt! | |

**Geltungsbereich/Fachbereich der Trägerzulassung**

|  |  |
| --- | --- |
|  | FB 1 Maßnahmen zur Aktivierung und beruflichen Eingliederung nach § 45 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 bis 5 des Dritten Buches Sozialgesetzbuch |
|  | FB 2 ausschließlich erfolgsbezogen vergütete Arbeitsvermittlung in versicherungspflichtige Beschäftigung nach § 45 Absatz 4 Satz 3 Nummer 2 des Dritten Buches Sozialgesetzbuch |
|  | FB 3 Maßnahmen der Berufswahl und Berufsausbildung nach dem Dritten Abschnitt des Dritten Kapitels des Dritten Buches Sozialgesetzbuch |
|  | FB 4 Maßnahmen der beruflichen Weiterbildung nach dem Vierten Abschnitt des Dritten Kapitels des Dritten Buches Sozialgesetzbuch |
|  | FB 5 Transferleistungen nach den §§ 110 und 111 des Dritten Buches Sozialgesetzbuch |
|  | FB 6 Maßnahmen zur Teilhabe behinderter Menschen am Arbeitsleben nach dem Siebten Abschnitt des Dritten Kapitels des Dritten Buches Sozialgesetzbuch |

Qualifikation der Unternehmensleitung

Leiter/in des Trägers

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Name, Vorname** |  | **Geburtsjahr,  Geburtsort** |  |
| **Leiter der Einrichtung / der Schulungsstätte seit:** |  | **Einschlägige abgeschlossene Berufsausbildung als** |  |
| **Berufspraxis (Kurzbeschreibung, Art, Dauer, ggf. Firma/Institution)** |  | **Zusätzlich erworbene Befähigungen/ Pädagogische Erfahrungen in der Erwachsenenbildung** |  |

Stellvertretende/r Leiter/in des Trägers

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Name, Vorname** |  | **Geburtsjahr,  Geburtsort** |  |
| **Stellv. Leiter der Einrichtung / der Schulungsstätte seit:** |  | **Einschlägige abgeschlossene Berufsausbildung als** |  |
| **Berufspraxis (Kurzbeschreibung, Art, Dauer, ggf. Firma/Institution)** |  | **Zusätzlich erworbene Befähigungen/ Pädagogische Erfahrungen in der Erwachsenenbildung** |  |

Ansprechpartner AZAV / Qualitätsmanagementsystem

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Name** | **Vorname** | **Telefon** | **E-Mail** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Sonstige Angaben zur Änderung, bitte erläutern:

(z.B. Veränderung von Standorten, Beteiligungen, Konzernzugehörigkeiten u. ä.)

|  |  |
| --- | --- |
| Ort, Datum | Rechtsverbindliche Unterschrift / Name in Druckschrift |
|  |  |