

Zurück an:

ZertSozial GmbH
Heusteigstraße 99
70180 Stuttgart

Sehr geehrte Damen und Herren,

wir freuen uns über Ihr Interesse, sich von ZertSozial zertifizieren zu lassen. Um den Aufwand für das Zertifizierungsverfahren so angemessen wie möglich zu halten, brauchen wir von Ihrer Organisation für die Erstellung eines Kostenvoranschlags detaillierte Informationen. Vielen Dank für Ihre Mühe beim Beantworten der nachstehenden Fragen.

Falls Sie Fragen beim Ausfüllen des Fragebogens haben, können Sie sich gerne an uns wenden, wir helfen Ihnen gerne. Auch für weitere Fragen zu den Zertifizierungsprogrammen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Diese Anfrage verpflichtet Sie selbstverständlich nicht zur Durchführung eines Zertifizierungs- oder Zulassungsverfahrens.

Mit freundlichen Grüßen

Die Zertifizierungsstelle von ZertSozial

1. Informationen zum Zertifizierungs-/Zulassungsverfahren (bitte ankreuzen):

- Erstzertifizierung**
- Übernahme des Verfahrens im**
 - Rezertifizierungsaudit**
 - Überwachungsaudit**
- Zertifikatslaufzeit bis:**

Angestrebte(s) Zertifikat(e): (bitte ankreuzen)

- ISO 9001
- Trägerzulassung AZAV
- Trägerzulassung AZAV in Kombination mit ISO 9001:2015
- KTK (Kath. Kitas)
- BAR
 - AWO
 - Parität
 - GSB-Verein
- AWO-Tandem
- Diakoniesiegel:
- Evangelisches Gütesiegel BETA
- SET (Demenzkrankte), Zertifikat von SET
- Paritätisches Qualitäts-Siegel (Stufe 2-4)
- MGW-Siegel (Zertifikat von Müttergenesungswerk)
- MGW-Siegel in Kombination mit ISO 9001:2015 (MGW-Zertifikat von Müttergenesungswerk)
-
- Maßnahmenzulassung (AZAV)**
Bitte Anzahl der Maßnahmen nach Fachbereichen und Maßnahmendauer eintragen (falls Maßnahmenzulassung)

Maßnahmendauer	FB 1	FB 4
bis 160 Std.		
161 - 1050 Std.		
über 1050 Std.		

2. Benötigte Dokumente für die Angebotserstellung:

Wir benötigen mindestens folgende Dokumente, um das Verfahren für Sie passgenau konzipieren zu können:

	Einzelverfahren	Mehrfachstandortverfahren
Organigramm des Einzelstandorts	X	X
Organigramm des Gesamtunternehmens		X
Nachweise Vertragsverhältnis Zentrale – Standorte		X
QM-Handbuch	X	X
Wenn es technisch nicht möglich ist, uns das QM-HB zur Verfügung zu stellen, benötigen wir vor Vertragsschluss mindestens folgende Dokumente/Regelungen:		
Inhaltsverzeichnis der Beschreibung des QM-Systems	X	X
Beschwerden	X	X
Verbesserungsprozesse		X
Erstellen, Verändern, Freigeben von Regelungen		X
Managementbewertung		X
Interne Audits		X
Prozesslandkarte (falls vorhanden) oder Beschreibung des Systems	X	X
Kernprozesse	X	X
Liste veränderter Dokumente (bei Rezertifizierungen und Übernahme vom Zertifikat von anderen Zertifizierungsgesellschaften).	(X)	(X)
Nachweise über das Funktionieren des Systems – nach Vertragsschluss		
Managementbewertung		X
Auditprogramm laufendes Jahr		X
Auditnachweise (Protokolle, Berichte etc).		X
Beschwerden von Kund*innen		X

Bei Bedarf stellen wir Ihnen gerne unser Mailsystem für die Übermittlung vertraulicher und großer Datenmengen zur Verfügung.

3. Informationen zur Organisation

a. Einzelverfahren (ein einziger Standort)

Trägername/Bereich/Abteilung	
Adresse	
Oberste Leitung	Name: Mail: Tel:
Qualitätsbeauftragte/r	Name: Mail: Tel:
Anwendungsbereich / Kernprozesse (angestrebter Zertifikatsintrag)	
Führendes Sozialgesetzbuch und andere wesentlichen gesetzlichen Grundlagen der Dienstleistung für den Kunden:	
AZAV-Fachbereiche (wenn zutreffend oder bekannt)	<input type="checkbox"/> FB 1: Maßnahmen zur Aktivierung und beruflichen Eingliederung <input type="checkbox"/> FB 2: Arbeitsvermittlung in versicherungspflichtige Beschäftigung <input type="checkbox"/> FB 3: Maßnahmen der Berufswahl und Berufsausbildung <input type="checkbox"/> FB 4: Maßnahmen der beruflichen Weiterbildung <input type="checkbox"/> FB 6: Maßnahmen zur Teilhabe behinderter Menschen am Arbeitsleben
Nichtzutreffende Normforderungen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (bitte Angabe mit Nummerierung und Namen der entsprechenden Normanforderung)
Ausgelagerte Prozesse	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (bitte benennen)
Schichtarbeit:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Anzahl Mitarbeitende im Anwendungsbereich:	
Anzahl Honorarkräfte im Anwendungsbereich:	
Umrechnung in Vollzeitäquivalente* (Angestellte + Honorarkräfte):	
Zertifikat gültig bis: (bei Zertifikatsübernahmen)	

*Summe aller Stellenumfänge / übliche Wochenarbeitszeit

b. Mehrfachstandortverfahren

Bei Mehrfachstandortverfahren bitte **zusätzlich** die Excel-Übersicht über die Standorte mit den Anwendungsbereichen (siehe Downloadbereich) einreichen!

Trägername/Bereich/Abteilung	
Adresse	
Oberste Leitung	Name: Mail: Tel:
Qualitätsbeauftragte/r	Name: Mail: Tel:
AZAV-Fachbereiche (wenn zutreffend oder bekannt)	<input type="checkbox"/> FB 1: Maßnahmen zur Aktivierung und beruflichen Eingliederung <input type="checkbox"/> FB 2: Arbeitsvermittlung in versicherungspflichtige Beschäftigung <input type="checkbox"/> FB 3: Maßnahmen der Berufswahl und Berufsausbildung <input type="checkbox"/> FB 4: Maßnahmen der beruflichen Weiterbildung <input type="checkbox"/> FB 6: Maßnahmen zur Teilhabe behinderter Menschen am Arbeitsleben
Nichtzutreffende Normforderungen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (bitte Angabe mit Nummerierung und Namen der entsprechenden Normanforderung)
Anzahl Mitarbeitende insgesamt im Anwendungsbereich:	(Stand:)
Anzahl Honorarkräfte insgesamt im Anwendungsbereich:	(Stand:)
Umrechnung in Vollzeitäquivalente* (Angestellte + Honorarkräfte):	(Stand:)
Zertifikat gültig bis: (bei Zertifikatsübernahmen)	
Anzahl der Standorte insgesamt im Anwendungsbereich	(Stand:)

*Summe aller Stellenumfänge / übliche Wochenarbeitszeit

4. Informationen zu beteiligten Personen:

Externe Beratung zum QM-System:

- Nein.
- Ja: Unsere Organisation wurde für den Aufbau und die Weiterentwicklung der QM-Dokumentation und der Prozesse unserer Organisation oder die Vorbereitung auf das Zertifizierungsaudit beraten von:

Externe Begleitung bei internen Audits:

- Nein.
- Ja: Unsere Organisation wurde durch einen externen Berater bei der Durchführung interner Audits innerhalb begleitet von:

Angestrebter Prüfungstermin:

Sonstiges:

Datum

Unterschrift (auch digital od. "gez.") der/des Bevollmächtigten