

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**
- Mitglied im Paritätischem Wohlfahrtsverband**
- Geburtshaus ist Mitglied beim Deutschen Hebammenverband**

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

- ISO 9001
- Trägerzulassung AZAV
Beschreibung der Gründe für benötigte Trägerzulassung AZAV, z.B. angestrebte Maßnahmezulassung, Qualifizierungschancengesetz, Bildungszeitgesetz (Listung), BAMF:
- Trägerzulassung AZAV in Kombination mit ISO 9001:2015
Beschreibung der Gründe für benötigte Trägerzulassung AZAV:
- KTK (Kath. KITAS)
- AWO-Tandem
- 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 Unterrichtseinheiten (UE)		
161 - 1050 UE		
über 1050 UE		

2. Informationen zur Organisation

a. Einzelverfahren (ein einziger Standort)

Trägername/Bereich/Abteilung	
Adresse	
Oberste Leitung	Name: Mail: Tel:
Qualitätsbeauftragte/r	Name: Mail: Tel:
Ausgegliederte Kern-Prozesse	
Schichtarbeit:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Gültigkeit Zertifikat (wenn bereits zertifiziert durch akkreditierte Zertifizierungsstelle)	
Anwendungsbereich (Zertifikats-eintrag)	
Anwendbarkeit der Normanforderungen	<input type="checkbox"/> Alle Normanforderungen kommen zur Anwendung <input type="checkbox"/> nicht zur Anwendung kommen:

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
---	--

Anzahl Mitarbeitende im Anwendungsbereich:	
Anzahl Honorarkräfte im Anwendungsbereich:	
Umrechnung in Vollzeitäquivalente* (Angestellte + Honorarkräfte):	

*Summe aller Stellenumfänge / übliche Wochenarbeitszeit

Standort, der auditiert werden soll:			
	Name des Standorts	Straße, Nr., PLZ, Ort	FB/Scope

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:
Ausgegliederte Kern-Prozesse	
Schichtarbeit:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Gültigkeit Zertifikat (wenn bereits zertifiziert durch akkreditierte Zertifizierungsstelle)	
Anwendungsbereich (Zertifikats-eintrag)	
Anwendbarkeit der Normanforderungen	<input type="checkbox"/> Alle Normanforderungen kommen zur Anwendung <input type="checkbox"/> nicht zur Anwendung kommen:

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
---	--

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