Wir beantragen für unsere Einrichtung das GAB-Qualitäts-Siegel und stellen hierfür folgende Daten zur Verfügung.

|  | Einrichtung | | |
| --- | --- | --- | --- |
| \* | Name des Trägers: | Eingabe. | |
| \* | Name der Einrichtung: | Eingabe. | |
| \* | Anschrift: | Straße  Eingabe. | |
| PLZ  Eingabe | Ort  Eingabe. |

|  | Ansprechpartner:in | | |
| --- | --- | --- | --- |
| \* | Frau  Herr | Vorname  Eingabe. | Nachname  Eingabe. |
| \* | E-Mail  Eingabe. | | |
|  | Telefon  Eingabe. | | Mobil  Eingabe. |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Angaben zur Einrichtung | | | | |
| \* | Art der Einrichtung | Eingabe. | | | |
| \* | Jahr der Gründung | Eingabe. | | | |
| \* | Größe der Einrichtung | Anzahl der Plätze  Anzahl. | Mitarbeiter:innen in Vollzeit  Anzahl. | Mitarbeiter:innen in Teilzeit  Anzahl. | Anzahl der Standorte  Anzahl. |

|  | Angaben zum Qualitätsmanagement | | |
| --- | --- | --- | --- |
| \* | Gewünschtes Siegel | Wählen | |
| \* | Für welche Einrichtungsteile wird das Siegel beantragt | Eingabe. | |
| \* | Wann hat die Einrichtung das QM nach dem GAB-Verfahren eingeführt | Eingabe. | |
| \* | Wurde die Einführung extern begleitet | Eingabe. | |
|  | Name und Anschrift des externen Beraters  Eingabe. | |
| \* | Wurde schon einmal eine Zertifizierung bzw. Prüfung des QM der Einrichtung durchgeführt | Ja/Nein | |
|  | Name und Anschrift des Zertifizierers  Eingabe. | |
|  | Ergebnis  Eingabe. | |
| \* | Name des/der Qualitätskoordinator:in | Vor- und Nachname  Eingabe. | |
| \* | Telefon  Eingabe. | |
| \* | Die „GAB-Qualitätssiegel Kriterienliste-Gund- und Vollform“ haben wir sorgfältig durchgearbeitet und nach bestem Wissen ausgefüllt. | | Ja/Nein |
| \* | Das Inhaltsverzeichnis unseres Qualitätsmanagementhandbuch ist beigefügt | | Auswählen |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Wir erklären die Richtigkeit aller Angaben: | | | |
| \* | Datum:  Eingabe. |  | Rechtsverbindliche Unterschrift: |  |
|  | | | | |
|  | | | | |