

Landwirtschaftskammer Rheinland-Pfalz -Referat Berufsbildung- Peter-Klöckner-Straße 3 56073 Koblenz	Landwirtschaftskammer Rheinland-Pfalz -Referat Berufsbildung- Burgenlandstrasse 7 55543 Bad Kreuznach	Landwirtschaftskammer Rheinland-Pfalz -Referat Berufsbildung- In der Göbelwies 1 54340 Bekond
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------

A n t r a g

**auf Anerkennung des Betriebes als Ausbildungsstätte gemäß § 27 Berufsbildungsgesetz
für die Berufe in der Hauswirtschaft**

1. Angaben zur Ausbildungsstätte:

Arbeitgeber - Betriebsnummer bei der Agentur für Arbeit (achtstellige Nummer):

Name der Einrichtung: _____

Ansprechpartner: _____

Anschrift Betrieb: _____
Straße, Hausnummer (Postfach) _____ PLZ, Ort _____

Bundesland: _____ Kreis: _____

Agentur für Arbeit-Bezirk: _____

Telefon: _____ Mobil: _____

E-Mail: _____ Homepage: _____

Rechtsform:

- | | | |
|----------------------------------------------|-----------------------------------------------|--------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Einzelunternehmen | <input type="checkbox"/> Gemeinnützige GmbH | <input type="checkbox"/> GmbH und Co. KG |
| <input type="checkbox"/> GmbH | <input type="checkbox"/> KG | <input type="checkbox"/> OHG |
| <input type="checkbox"/> GbR | <input type="checkbox"/> Eingetragener Verein | <input type="checkbox"/> Stiftung |
| <input type="checkbox"/> AG | <input type="checkbox"/> Landeseinrichtung | <input type="checkbox"/> Bundeseinrichtung |
| <input type="checkbox"/> Kommunaleinrichtung | <input type="checkbox"/> Erzeugergemeinschaft | <input type="checkbox"/> Sonstiges |

Wird für Ihren Betrieb Landwirtschaftskammerbeitrag entrichtet? ja nein

Angaben zum Träger der Ausbildungsstätte (falls vorhanden)

Name des Trägers: _____

Anschrift Träger: _____
Straße, Hausnummer (Postfach) _____ PLZ, Ort _____

Telefon: _____ **E-Mail:** _____

Art der Ausbildungsstätte:

Zu versorgende und betreuende Personen in der Ausbildungsstätte

Anzahl der regelmäßig zu versorgenden und betreuenden Personen:

Personengruppen	Anzahl
Patienten/Heimbewohner	
Personal/Mitarbeiter/Arbeitskräfte	
Kinder/Jugendliche	
Gäste/Kunden	
Sonstige	

Anerkennung der Ausbildungsstätte für die Berufsausbildung im Ausbildungsberuf bzw. in den Ausbildungsberufen

- Hauswirtschafter/ Hauswirtschafterin
- Fachpraktiker/ Fachpraktikerin Hauswirtschaft

Anzahl der beantragten Ausbildungsplätze: _____

In der Ausbildungsstätte wird bereits in folgenden Berufen ausgebildet:

**Nach der Zwischenprüfung vertiefen Auszubildende 16 Wochen ihr Wissen in einem Schwerpunkt (§ 4 Abs. 3 der Ausbildungsverordnung)
Die Benennung mehrerer Schwerpunkte ist möglich.**

- personenbetreuende Dienstleistungen
- serviceorientierte Dienstleistungen
- ländlich-agratische Dienstleistungen

2. Angaben zum Personal der Ausbildungsstätte

Mit der Ausbildung wird beauftragt (Ausbilder/in)

Name, Vorname	Qualifikation	Durchschnittl. Arbeitszeit pro Woche	Ausbildungsbereich
	<input type="checkbox"/> Meister/in der Hauswirtschaft <input type="checkbox"/> Hauswirtschaftl. Betriebslieter/in <input type="checkbox"/> Hauswirtschafter/in <input type="checkbox"/> Sonstige:		<input type="checkbox"/> Küche <input type="checkbox"/> Service <input type="checkbox"/> Hausreinigung <input type="checkbox"/> Textilpflege <input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Meister/in der Hauswirtschaft <input type="checkbox"/> Hauswirtschaftl. Betriebslieter/in <input type="checkbox"/> Hauswirtschafter/in <input type="checkbox"/> Sonstige:		<input type="checkbox"/> Küche <input type="checkbox"/> Service <input type="checkbox"/> Hausreinigung <input type="checkbox"/> Textilpflege <input type="checkbox"/>

An der Ausbildung mitwirkendes Personal (Verantwortung für die Ausbildung obliegt dem/der Ausbilder/in)

Name, Vorname	Qualifikation	Durchschnittl. Arbeitszeit pro Woche	Ausbildungsbereich
	<input type="checkbox"/> Meister/in der Hauswirtschaft <input type="checkbox"/> Hauswirtschaftl. Betriebslieter/in <input type="checkbox"/> Hauswirtschafter/in <input type="checkbox"/> Sonstige:		<input type="checkbox"/> Küche <input type="checkbox"/> Service <input type="checkbox"/> Hausreinigung <input type="checkbox"/> Textilpflege <input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Meister/in der Hauswirtschaft <input type="checkbox"/> Hauswirtschaftl. Betriebslieter/in <input type="checkbox"/> Hauswirtschafter/in <input type="checkbox"/> Sonstige:		<input type="checkbox"/> Küche <input type="checkbox"/> Service <input type="checkbox"/> Hausreinigung <input type="checkbox"/> Textilpflege <input type="checkbox"/>

3. Einrichtung und Ausstattung der Ausbildungsstätte

Ausbildungsbereiche	Eigenleistung	Teilvergabe*	Vollvergabe*
Küche und Vorratshaltung			
Service			
Hausreinigung / -gestaltung			
Textilpflege			

Ausbildungsbereich hauswirtschaftlichen Betreuungsleistungen

Zu betreuende Personen (z.B. Senioren, Kinder, Gäste)

*** Hinweis:** Ausbildungsinhalte die anteilig (Teilvergabe) oder nicht (Vollvergabe) in der Ausbildungsstätte vermittelt werden können, müssen durch Ausbildungsmaßnahmen außerhalb der Ausbildungsstätte ergänzt werden.

Ausbildungsmaßnahmen außerhalb der Ausbildungsstätte:

Ausbildungsbereich	zeitl. Umfang der Maßnahme (Wochen/Monate)	Kooperationsbetrieb (Name, Anschrift)
Küche/ Vorratshaltung		
Service		
Hausreinigung / -gestaltung		
Textilpflege		
Hausw. Betreuungsleistungen		

- Ich erkläre mich/Wir erklären uns bereit, die für dieses Anerkennungsverfahren festgesetzte Verwaltungsgebühr (entsprechend der Gebührensatzung) nach Aufforderung zu zahlen.

Rechnung für die Anerkennung erhält:

- Ausbildungsstätte oder
 Träger der Ausbildungsstätte oder
 Bildungsträger

Name/Anschrift Rechnungsempfänger:

- Die Vorschriften für Sicherheit und Gesundheitsschutz der zuständigen Berufsgenossenschaft werden in unserem Betrieb / unserer Einrichtung erfüllt.
- Ich erkläre/Wir erklären unser Einverständnis, dass die Anschrift unseres Betriebes an Ausbildungsplatzsuchende und Maßnahmeträger weitergeleitet wird. Es wird darauf hingewiesen, dass die für die Führung des Verzeichnisses der Ausbildungsplatzverhältnisse notwendigen Daten über EDV verarbeitet, gespeichert und an Ausbildungsplatzinteressenten weitergegeben werden.
- Ich bin mit einer Veröffentlichung meiner Betriebsadresse im Internet einverstanden: Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.
- Die vorstehenden Angaben einschließlich der Daten zur Betriebsaufnahme entsprechen der Wahrheit.

Ort, Datum

Unterschrift der/des Ausbildenden