

Personalfragebogen

Änderung der Wochenarbeitszeit
Änderung der Befristung
Ausbildungsende

Firma:

Name des Mitarbeiters

Personalnummer

Änderung Wochenarbeitszeit

| | |
|--|-------------------------------------|
| Wöchentl./Tägl. Arbeitszeit bisher: | Wöchentl./Tägl. Arbeitszeit Neu: |
| Grund für die Änderung der Wochenarbeitszeit | |
| <input type="checkbox"/> Altersteilzeitvereinbarung – wenn Aufstockungsbeträge nach § 3 Abs. 1 ATG gezahlt werden | |
| <input type="checkbox"/> Änderung innerhalb der Teilzeit | |
| <input type="checkbox"/> Vereinbarung über flexible Arbeitszeiten mit Arbeits- und Freizeitphasen (§ 7 Abs. 1a SGB IV) | |
| <input type="checkbox"/> Änderung Teilzeit auf Vollzeit | |
| <input type="checkbox"/> Elternzeit | |
| <input type="checkbox"/> Beschäftigungsvereinbarung (§ 421t Abs. 7 SGB III) | |
| <input type="checkbox"/> Pflegezeit | |
| <input type="checkbox"/> Änderung Vollzeit aus tariflichen oder betrieblichen Gründen | |
| <input type="checkbox"/> Vollzeit auf Teilzeit | |
| <input type="checkbox"/> Familienpflegezeit und Nachpflegephase nach dem Familienpflegezeitgesetz | |
| Durchschnittliche regelmäßige wöchentl. Arbeitszeit eines Vollzeitmitarbeiters | Änderung gültig ab |

Zusatzangaben bei Pflegezeit

| | | |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| Minderung des Arbeitsentgeltes aufgrund der Pflegezeit | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Beginn der Minderung des Arbeitsentgeltes: | | |
| Ende der Minderung des Arbeitsentgeltes: | | |

Änderung Befristung

| | | |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| Schriftlicher Abschluss des befristeten Arbeitsvertrages | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Befristung Arbeitsvertrag zum | | |
| Abschluss Arbeitsvertrag am | | |
| Verlängerung Arbeitsvertrag zuletzt am | | |
| Befristete Beschäftigung für mindestens 2 Monate vorgesehen, mit Aussicht auf Weiterbeschäftigung | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |

Personalfragebogen

Änderung der Wochenarbeitszeit

Änderung der Befristung

Ausbildungsende

Firma:

Name des Mitarbeiters

Personalnummer

Ausbildungsende

Tatsächliches Ende der Ausbildung

_____ Datum

_____ Unterschrift Arbeitgeber