

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 <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> Altersteilzeitvereinbarung – wenn Aufstockungsbeträge nach § 3 Abs. 1 ATG gezahlt werden <input type="checkbox"/> Vereinbarung über flexible Arbeitszeiten mit Arbeits- und Freizeitphasen (§ 7 Abs. 1a SGB IV) <input type="checkbox"/> Elternzeit <input type="checkbox"/> Pflegezeit <input type="checkbox"/> Vollzeit auf Teilzeit <input type="checkbox"/> Änderung innerhalb der Vollarbeitszeit </td> <td style="width: 50%; border: none; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> Änderung innerhalb der Teilzeit <input type="checkbox"/> Änderung Teilzeit auf Vollzeit <input type="checkbox"/> Beschäftigungsvereinbarung (§ 421t Abs. 7 SGB III) <input type="checkbox"/> Änderung Vollzeit aus tariflichen oder betrieblichen Gründen <input type="checkbox"/> Familienpflegezeit und Nachpflegephase nach dem Familienpflegezeitgesetz <input type="checkbox"/> Sonstiges </td> </tr> </table> | | <input type="checkbox"/> Altersteilzeitvereinbarung – wenn Aufstockungsbeträge nach § 3 Abs. 1 ATG gezahlt werden <input type="checkbox"/> Vereinbarung über flexible Arbeitszeiten mit Arbeits- und Freizeitphasen (§ 7 Abs. 1a SGB IV) <input type="checkbox"/> Elternzeit <input type="checkbox"/> Pflegezeit <input type="checkbox"/> Vollzeit auf Teilzeit <input type="checkbox"/> Änderung innerhalb der Vollarbeitszeit | <input type="checkbox"/> Änderung innerhalb der Teilzeit <input type="checkbox"/> Änderung Teilzeit auf Vollzeit <input type="checkbox"/> Beschäftigungsvereinbarung (§ 421t Abs. 7 SGB III) <input type="checkbox"/> Änderung Vollzeit aus tariflichen oder betrieblichen Gründen <input type="checkbox"/> Familienpflegezeit und Nachpflegephase nach dem Familienpflegezeitgesetz <input type="checkbox"/> Sonstiges |
| <input type="checkbox"/> Altersteilzeitvereinbarung – wenn Aufstockungsbeträge nach § 3 Abs. 1 ATG gezahlt werden <input type="checkbox"/> Vereinbarung über flexible Arbeitszeiten mit Arbeits- und Freizeitphasen (§ 7 Abs. 1a SGB IV) <input type="checkbox"/> Elternzeit <input type="checkbox"/> Pflegezeit <input type="checkbox"/> Vollzeit auf Teilzeit <input type="checkbox"/> Änderung innerhalb der Vollarbeitszeit | <input type="checkbox"/> Änderung innerhalb der Teilzeit <input type="checkbox"/> Änderung Teilzeit auf Vollzeit <input type="checkbox"/> Beschäftigungsvereinbarung (§ 421t Abs. 7 SGB III) <input type="checkbox"/> Änderung Vollzeit aus tariflichen oder betrieblichen Gründen <input type="checkbox"/> Familienpflegezeit und Nachpflegephase nach dem Familienpflegezeitgesetz <input type="checkbox"/> Sonstiges | | |
| 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 | | |

Personalfragebogen

Änderung der Wochenarbeitszeit
Änderung der Befristung
Ausbildungsende



Firma:

Name des Mitarbeiters

Personalnummer

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

Ausbildungsende

| |
|-----------------------------------|
| Tatsächliches Ende der Ausbildung |
|-----------------------------------|

Bescheinigungen elektronisch annehmen (Bea)

Ich widerspreche der elektronischen Übermittlung von Arbeits- und Nebeneinkommensbescheinigungen an die Bundesagentur für Arbeit

_____ Datum

_____ Unterschrift Arbeitgeber