

Personalfragebogen

Änderung der Wochenarbeitszeit
Änderung der Befristung
Ausbildungsende

STEUERKANZLEI

WALTER WIENER



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"/> 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:		

Personalfragebogen

Änderung der Wochenarbeitszeit
Änderung der Befristung
Ausbildungsende

STEUERKANZLEI

WALTER WIENER



Firma:

Name des Mitarbeiters

Personalnummer

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

Ausbildungsende

Tatsächliches Ende der Ausbildung

_____ Datum

_____ Unterschrift Arbeitgeber