

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%; vertical-align: top; border: none;"> <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%; vertical-align: top; border: none;"> <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:	<input style="width: 100%;" type="text"/>	
Ende der Minderung des Arbeitsentgeltes:	<input style="width: 100%;" type="text"/>	

Änderung Befristung

Schriftlicher Abschluss des befristeten Arbeitsvertrages	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Befristung Arbeitsvertrag zum	<input style="width: 100%;" type="text"/>	
Abschluss Arbeitsvertrag am	<input style="width: 100%;" type="text"/>	
Verlängerung Arbeitsvertrag zuletzt am	<input style="width: 100%;" type="text"/>	
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

Bescheinigungen elektronisch annehmen (Bea)

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

_____ Datum

_____ Unterschrift Arbeitgeber