

Personalfragebogen

Änderung der Wochenarbeitszeit
Änderung der Befristung
Ausbildungsende



HIPPE · FUHRMANN · WORTKÖTTER
STEUERBERATUNGSGESELLSCHAFT mbH

Firma:

Name der beschäftigten Person

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"/> Beschäftigungsververeinbarung (§ 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



HIPPE · FUHRMANN · WORTKÖTTER
STEUERBERATUNGSGESELLSCHAFT mbH

Firma:

Name der beschäftigten Person

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