

# Personalfragebogen

Änderung der Wochenarbeitszeit  
Änderung der Befristung  
Ausbildungsende

Dr. Gerl | Partner

Firma:

Name der beschäftigten Person

Personalnummer

## Änderung Wochenarbeitszeit

|                                                                                                                        |                                     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|
| Wöchentl./Tägl. Arbeitszeit<br>bisher:                                                                                 | Wöchentl./Tägl. Arbeitszeit<br>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

Dr. Gerl | Partner

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