

# Personalfragebogen

Änderung der Wochenarbeitszeit  
Änderung der Befristung  
Ausbildungsende

Lechler & Kappenberg  
Steuerberater

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"/> 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

Lechler & Kappenberg  
Steuerberater

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