

Personalfragebogen

- **Änderung der Wochenarbeitszeit**
- **Änderung der Befristung**
- **Ausbildungsende**

Mandantenname	
Mandantenummer	
Kanzleidaten	Rücksendung h.hennig@steuerberater-fritsch.de oder Fax 09272/977-17 Telefon 09272/977-10

Name der beschäftigten Person

Personalnummer

Änderung Wochenarbeitszeit

Wöchentliche oder tägliche Arbeitszeit bisher:	Neu: Wöchentliche oder tägliche Arbeitszeit
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 wöchentliche 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:		

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