

# Personalfragebogen

Änderung der Wochenarbeitszeit  
Änderung der Befristung  
Ausbildungsende



Firma:

Name der beschäftigten Person

Personalnummer

## Änderung Wochenarbeitszeit

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|
| Wöchentl./Tägl. Arbeitszeit<br>bisher:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Wöchentl./Tägl. Arbeitszeit<br>Neu: |
| Grund für die Änderung der Wochenarbeitszeit                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                     |
| <div><input type="checkbox"/> Altersteilzeitvereinbarung – wenn Aufstockungsbeträge nach § 3 Abs. 1 ATG gezahlt werden</div> <div><input type="checkbox"/> Vereinbarung über flexible Arbeitszeiten mit Arbeits- und Freizeitphasen (§ 7 Abs. 1a SGB IV)</div> <div><input type="checkbox"/> Elternzeit</div> <div><input type="checkbox"/> Pflegezeit</div> <div><input type="checkbox"/> Vollzeit auf Teilzeit</div> <div><input type="checkbox"/> Änderung innerhalb der Vollarbeitszeit</div> |                                     |
| <div><input type="checkbox"/> Änderung innerhalb der Teilzeit</div> <div><input type="checkbox"/> Änderung Teilzeit auf Vollzeit</div> <div><input type="checkbox"/> Beschäftigungsvereinbarung (§ 421t Abs. 7 SGB III)</div> <div><input type="checkbox"/> Änderung Vollzeit aus tariflichen oder betrieblichen Gründen</div> <div><input type="checkbox"/> Familienpflegezeit und Nachpflegephase nach dem Familienpflegezeitgesetz</div> <div><input type="checkbox"/> Sonstiges</div>         |                                     |
| 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:               |                             |                               |

## 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