

Personalfragebogen

Änderung der Wochenarbeitszeit
Änderung der Befristung
Ausbildungsende

Firma

Name des Mitarbeiters

Personalnummer

Änderung Wochenarbeitszeit

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

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

Personalfragebogen

Änderung der Wochenarbeitszeit

Änderung der Befristung

Ausbildungsende



MRP MANGOLD & RÖSCH
Steuerberatungsgesellschaft Part. GmbH

Firma

Name des Mitarbeiters

Personalnummer

Ausbildungsende

Tatsächliches Ende der Ausbildung

_____ Datum

_____ Unterschrift Arbeitgeber