

ÄNDERUNG MITARBEITER

ARBEITGEBER	
ARBEITNEHMER	
Familienname:	
Vorname	
Rentenversicherungsnummer:	

ÄNDERUNG ARBEITSZEIT	
Wochenarbeitszeit bislang:	
Wochenarbeitszeit neu:	
Änderung gilt ab:	
Grund für die Änderung:	<input type="checkbox"/> Änderung Teilzeit auf Vollzeit <input type="checkbox"/> Vereinbarung über flexible Arbeitszeiten mit Arbeits- und Freizeitphasen <input type="checkbox"/> Vollzeit auf Teilzeit <input type="checkbox"/> Änderung innerhalb einer Teilzeit <input type="checkbox"/> Elternzeit <input type="checkbox"/> Pflegezeit <input type="checkbox"/> Altersteilzeitvereinbarung – wenn Aufstockungsbeträge gezahlt werden <input type="checkbox"/> Sonstiger Änderungsgrund: _____
Durchschnittliche Wochenarbeitszeit eines Vollzeitarbeitnehmers:	

ÄNDERUNG BEFRISTUNG	
Der befristete Arbeitsvertrag wurde verlängert bis:	
Der befristete Arbeitsvertrag wurde verlängert am:	

AUSBILDUNGSENDE	
Tatsächliches Ende der Ausbildung:	

ÄNDERUNG ENTGELT	
Änderung des Entgelts ab:	
Monatlicher Bruttobezug neu:	
Monatlicher Sachbezug neu:	

ÄNDERUNG TÄTIGKEIT	
Bisheriger Tätigkeitsbereich:	
Neuer Tätigkeitsbereich:	

ÄNDERUNG PRIVATE KRANKENVERSICHERUNG		
Private Krankenversicherung:	Zuschuss durch Arbeitgeber	O Ja O Nein
	Firmenzahler	O Ja O Nein
Monatl. Beitragsanteil für Basiskrankenversicherungsschutz: (Bitte Bescheinigung der Krankenversicherung beifügen)		
Monatlicher Gesamtbeitrag: (Bitte Bescheinigung beifügen)		

SONSTIGES	
Sonstige Änderung ab:	
Sonstige Änderung:	

Ich versichere, die oben gemachten Angaben vollständig und wahrheitsgemäß gemacht zu haben. Sollten sich im Verlauf meiner Beschäftigung Veränderungen ergeben, werde ich diese unverzüglich mitteilen. Soweit meinem Arbeitgeber durch unvollständige oder unrichtige Angaben Nachteile entstehen, bin ich schadenersatzpflichtig.

<p>_____</p> <p>Ort, Datum</p>	<p>_____</p> <p>Unterschrift Arbeitnehmer</p>
<p>_____</p> <p>Unterschrift, Stempel Arbeitgeber</p>	