

Änderungsmitteilung

Teilnehmernummer:
Personalnummer:

**Zweitmitteilung
Korrektur**

Nachname: _____ Vorname: _____

Beamter Angestellter Arbeiter Azubi

Wir bitten ab Monat _____ für o.g. Person folgende Änderung
zu berücksichtigen: _____

1. Persönliche Daten

Namensänderungen: _____ ab: _____
Familienstand: _____
Anschrift: _____

2. Neue Bankverbindung

Name der Bank: _____ BIC: _____
Kontoinhaber/in: _____ IBAN: _____

3. Kostenstelle / Statistik

a) Arbeitgeber: 1 2 3
Einrichtung: Standard (1) andere
Kostenstelle: ZU % ZU % ZU %

b) für Personalstandsstatistik:

ab	neue Berichtsstellenummer:		
ab	Zeitvertrag	ab	kein Zeitvertrag
ab	eingruppiert	ab	nicht mehr eingruppiert
ab	Anerk.-Jahr Erz.-Dienst	ab	Anerk.-Jahr Erz.-Dienst beendet
ab	Mehrfachbeschäftigung.	ab	keine Mehrfachbeschäftigung
ab	kurzfristige Beschäftigung	ab	keine kurzfristige Beschäftigung

4. Steuerdaten

(Bei Vorlage einer Steuerbescheinigung sind die Angaben nicht erforderlich)

Neue Steuerdaten

5. Sozialversicherung

(bitte Mitgliedsbescheinigung in Kopie vorlegen)

Neue Krankenkasse:
Neue Beschäftigungsart (z.B: geringfügig, Gleitzone):
Neue Tätigkeitsschlüssel (für DEÜV):
Neuer SV-Schlüssel

6. Schwerbehindertendaten

Einstufung als Schwerbehinderter ab:

GdB mit %-Satz:

Ausweis-Nr.:

gültig ab:

bis:

(Bei Neueinstufung als Schwerbehinderter bitte Schwerbehindertenausweis/Bescheid in Kopie beifügen)

Zahl der Plätze:

1 (Normalfall)

2 (Mehrfachanrechnung)

Gleichstellung ab

7. Eingruppierung/Arbeitszeit

Tarifart:

TVöD VKA (150)

TVAöD = Azubis (159)

TV SuE (500)

TVöD-BT-B (153)

TV W = Wald/Forst (130)

TV H (Hessen) (200)

A-Besold. Hessen (111)

B-Besold. Hessen (112)

Bea.-Anwärter (118)

Tarifgruppe:

Tarifstufe:

Datum für den Beginn der Erfahrungszeit gem. den §§ 28 und 29 HesBesG:

Beamtenlaufbahn:

mittlerer Dienst

höherer Dienst

gehobener Dienst

Nächste Stufensteigerung am:

Höherwertige Tätigkeit zur Entgeltgruppe:

Stufe

gemäß § 14 Abs. 1 TVöD

Vereinbarte wöchentliche Arbeitszeit :

tarifliche Vollzeit / beamtenrechtliche Vollzeit

Bei Teilzeit:

Stunden in Realzeit

Prozent

Bei Teilzeit:

Stunden in Dezimalzeit

Prozent

Arbeitstage pro Woche:

Arbeitszeitmodell:

8. Kinderdaten

Vor- u. Zuname:

Geb.-Datum/Geschlecht:

männlich

weiblich

Kind zählt zu:

Familienzuschlag:

ja

nein

Jahressonderzahlung:

ja

nein

Ausländer:

ja

nein

Kind lebt in Deutschland:

ja

nein

Kindergeld:

ja

nein

gewähren bis

9. Abzüge / Bezüge

A/B	LOA	Bezeichnung	ab Monat	bis Monat	P	E	Betrag
-----	-----	-------------	----------	-----------	---	---	--------

A = Abzug / B = Bezug

P = Permanent / E = Einmalig

Zulagen mit automatischer Kürzung immer zu 100 % angeben.

Bitte VL- bzw. Direktversicherungsvertrag / Pfändungsbeschluss etc. in Kopie beifügen.

10. Sonstige Änderungen (z.B.: Mutterschutz, Elternzeit etc.)

Wir bestätigen / Ich bestätige, dass vorstehende Angaben richtig und verbindlich sind.

Ort

Datum

Stempel und Unterschrift der Dienststelle

Wird vom KDZ ausgefüllt:

erfaßt: _____ geprüft: _____