

Vereinbarung¹ Wiedereingliederungsteilzeit



von² _____ bis³ _____

z w i s c h e n

Arbeitnehmer(in) Familienname und Vorname(n), Titel	Sozialversicherungsnummer
Anschrift	Telefonnummer

u n d

Arbeitgeber(in)	Ansprechperson, Telefonnummer, E-Mail
Anschrift	

Durchschnittliche wöchentliche Normalarbeitszeit in Stunden <u>vor</u> der Arbeitsunfähigkeit/Wiedereingliederung	
Monatliches Bruttoentgelt in Euro im letzten vollen Beitragszeitraum vor Ende der für die Wiedereingliederungsteilzeit ursächlichen Arbeitsunfähigkeit ⁴	

Die Wiedereingliederungsteilzeit wird vereinbart				
von (TT.MM.JJJJ)	bis (TT.MM.JJJJ)	Ø wöchentliche Arbeitszeit in Stunden	Angaben zur Lage der Arbeitszeit	Monatliches Entgelt in Euro (Bruttowert)

Angaben zur beruflichen Tätigkeit <u>während</u> der Wiedereingliederungsteilzeit (bei stufenweiser Wiedereingliederung mit anfänglicher Reduktion unter 50 Prozent der Normalarbeitszeit)			
Durchschnittliche Reduktion der wöchentlichen Normalarbeitszeit in Prozent		Monatliches Entgelt in Euro (Bruttowert) auf Basis der durchschnittlichen Reduktion der Arbeitszeit	

¹ Für eine Änderung/Verlängerung bitte ein eigenes Formblatt verwenden und oberhalb den Hinweis „Änderung“ bzw. „Verlängerung“ händisch ergänzen. Es wird gebeten, eine geplante Verlängerung zeitgerecht zu beantragen.

² Die Wiedereingliederungsteilzeit beginnt frühestens mit dem Tag nach Zustellung der Genehmigung der Vereinbarung durch den Krankenversicherungsträger an den Arbeitnehmer bzw. die Arbeitnehmerin. Der Antritt der Wiedereingliederungsteilzeit muss innerhalb eines Monats nach Ende des mindestens sechswöchigen durchgehenden Krankenstandes erfolgen.

³ Zulässige Dauer: Mindestens ein Monat, maximal sechs Monate; Verlängerung um mindestens ein Monat bis maximal drei Monate.

⁴ Beispiel: Krankenstandsende 15.8.; Wiedereingliederungsteilzeit ab 1.9. geplant; Ende der vollen Entgeltfortzahlung war am 27.7.. Es ist daher das letzte volle Bruttoentgelt vom Juni anzuführen.

