

Personalfragebogen - Fehlzeiten

(grau hinterlegte Felder sind vom Arbeitgeber auszufüllen)

Firma:



Name der beschäftigten Person

Personalnummer

Krankheit

Welche Fehlzeit liegt vor?		
<input type="checkbox"/> Entgeltfortzahlung mit AU-Bescheinigung	von	bis
<input type="checkbox"/> Entgeltfortzahlung ohne AU-Bescheinigung	von	bis
<input type="checkbox"/> Kranken(tage)geld bei Krankheit oder Kur	von	bis
<input type="checkbox"/> Krank über 6 Wochen (Minijob)	von	bis
<input type="checkbox"/> Krank privat Versicherte ohne Krankentagegeld	von	bis
<input type="checkbox"/> Krank bei Eintritt ohne Entgeltfortzahlung	von	bis
<input type="checkbox"/> Verletztengeld bei Krankheit oder Kur	von	bis
<input type="checkbox"/> Übergangsgeld bei Krankheit oder Kur	von	bis
<input type="checkbox"/> Versorgungskrankengeld bei Krankheit oder Kur	von	bis
<input type="checkbox"/> Entgeltfortzahlung wegen Organ-/Gewebespende	von	bis
<input type="checkbox"/> Sonstiges:	von	bis
Letzter Arbeitstag vor Erkrankung?	Am:	
Ursache der Arbeitsunfähigkeit?	<input type="checkbox"/> Schädigung durch Dritte <input type="checkbox"/> Arbeitsunfall	
Bei Ursache Schädigung durch Dritte: Abtretung nach §5 AAG wird erklärt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Wurde am 1. Tag der Arbeitsunfähigkeit noch gearbeitet?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein wenn ja, wie viele Stunden?	

Kinderpflege

<input type="checkbox"/> Kinderpflege mit Krankengeld	von	bis
<input type="checkbox"/> Kinderpflege ohne Krankengeld	von	bis
<input type="checkbox"/> Kinderpflege mit Entgeltfortzahlung	von	bis
<input type="checkbox"/> Kinderpflege bei Schwersterkrankung	von	bis
Angaben zum Kind		
Vorname		
Geburtsdatum		
Am 1. Tag der Freistellung wurde noch teilweise gearbeitet?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Ursache der Krankheit ist ein Unfall (Kinderverletztengeld)?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

Personalfragebogen

(grau hinterlegte Felder sind vom Arbeitgeber auszufüllen)

Firma:



Name der beschäftigten Person

Personalnummer

Mutterschaft

Wahrscheinlicher Tag der Entbindung:	am:	
Tatsächlicher Tag der Entbindung:	am:	
<input type="checkbox"/> Mehrlingsgeburt <input type="checkbox"/> Frühgeburt <input type="checkbox"/> Fehlgeburt <input type="checkbox"/> Behinderung des Kindes		
Verdienst in den 3 Monaten vor Beginn der Schutzfrist:		
Monat/Jahr	Bruttoverdienst	Nettoverdienst
Monat/Jahr	Bruttoverdienst	Nettoverdienst
Monat/Jahr	Bruttoverdienst	Nettoverdienst
Lag in diesen Monaten eine Nebenbeschäftigung vor? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein (Hinweis: Bei mehreren Arbeitgebern wird der Zuschuss zum Mutterschaftsgeld anteilig pro Beschäftigung ermittelt.)		
Liegt ein Beschäftigungsverbot vor? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	von	bis
Falls ja, Art des Beschäftigungsverbots? <input type="checkbox"/> Individuelles	<input type="checkbox"/> Generelles	

Sonstige Fehlzeiten

<input type="checkbox"/> Elternzeit	von	bis
<input type="checkbox"/> Pflegezeit	von	bis
<input type="checkbox"/> Kurzzeitige Pflege (bis 10 Tage)	von	bis
<input type="checkbox"/> Pflegeunterstützungsgeld	von	bis
<input type="checkbox"/> Unbezahlter Urlaub	von	bis
<input type="checkbox"/> Unbezahlte Fehlzeit	von	bis
<input type="checkbox"/> Unwiderrufliche bezahlte Freistellung	von	bis
<input type="checkbox"/> Unwiderrufliche unbezahlte Freistellung	von	bis

Datum

Unterschrift Arbeitgeber