



Antrag auf

(nur für Tarifbeschäftigte)

Teilzeitbeschäftigung **Wiederaufnahme des Dienstes mit voller Std.-Zahl** **Beurlaubung**

Name, Vorname	Straße, PLZ, Wohnort		Telefon privat: dienstl:
Dienst-/Amtsbezeichnung	Schule		Identnummer
Schulnummer	Schulamtsbezirk	Schulform	LBV-Personalnummer

Schulamt für den Kreis Unna
Parkstraße 40b
59425 Unna

Beginn		<input type="checkbox"/> 01.08.	<input type="checkbox"/> 01.02.
<input type="checkbox"/> im Anschluss an meinen Mutterschutz	<input type="checkbox"/> im Anschluss an meine derzeitige Beurlaubung		
<input type="checkbox"/> im Anschluss an meine Elternzeit	<input type="checkbox"/> im Anschluss an meine Teilzeitbeschäftigung mit derzeit Wochenstunden		
Ende (mit Ablauf des)			
<input type="checkbox"/> 31.01.	<input type="checkbox"/> 31.07.	<input type="checkbox"/> Beginn des Ruhestandes (§ 70 LBG)	
Hinweis: Nur mit der Angabe eines Beginn-/Enddatums kann der Antrag aus rechtlichen Gründen bearbeitet werden			
<input type="checkbox"/> Wiederaufnahme des Dienstes mit voller Stundenzahl nach meiner Beurlaubung/Teilzeitbeschäftigung			
Beurlaubung (ohne Bezüge/Vergütung)			
<input type="checkbox"/> gemäß § 28 TV-L analog zu § 64 LBG			
<input type="checkbox"/> gemäß § 28 TV-L analog zu § 70 LBG			
Teilzeit in der Beurlaubung			
<input type="checkbox"/> gem. § 64 LBG/§ 11 Abs. 1 TV-L mit Wochenstunden			
Teilzeitbeschäftigung			
<input type="checkbox"/> gem. § 63 LBG/§ 11 Abs. 2 TV-L		mit zukünftig Wochenstunden	
<input type="checkbox"/> gem. § 64 LBG/§ 11 Abs. 1 TV-L		(mindestens mit der Hälfte der Pflichtstundenzahl - nur für Beamte)	
Bitte hier die Zahl der Wochenstunden (Brutto-Arbeitszeit) eintragen. Diese Stundenzahl ist Grundlage für die Festsetzung der Besoldung/Vergütung. Von ihr zieht die Schulleitung die anteilige Ermäßigung aus Altersgründen bzw. aufgrund einer Schwerbehinderung oder die Vorgriffsstunde ab (Netto-Arbeitszeit).			
Nur auszufüllen, sofern der Antrag auf § 64 LBG oder § 11 Abs. 1 TV-L gestützt wird.			
Kind/er unter 18 Jahren		Pflegebedürftige Angehörige (aktuelle ärztliche Bescheinigung liegt bei)	
Name	Geburtsdatum	Name	Geburtsdatum

Hinweise für Lehrer/innen im Tarifbeschäftigungsverhältnis:

Den Rd.Erl. des MSW vom 16.06.2008 (BASS 21-05 Nr. 4) in der jeweils geltenden Fassung und die darin aufgeführten rechtlichen Folgen der Beurlaubung bzw. Teilzeitbeschäftigung habe ich zur Kenntnis genommen. Im Falle der Beurlaubung von mehr als drei Jahren wird insbesondere auf die Folgen des § 17 Abs. 3 TV-L für die Stufenzuordnung hingewiesen. Bei Teilzeitbeschäftigung ist eine Änderung des Arbeitsvertrages erforderlich.

Ort, Datum, Unterschrift

Stellungnahme der Schulleitung:

Ich bin einverstanden

Ich bin nicht einverstanden. **Begründung:**

Ort, Datum, Unterschrift

Stellungnahme des Schulamtes/des schulfachlichen Dezernates:

Ich bin einverstanden

Ich bin nicht einverstanden. **Begründung:**

Ort, Datum, Unterschrift