

Vereinbarung Wiedereingliederungsteilzeit



von¹ _____ bis² _____

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 Entgelt in Euro (Bruttowert) im letzten vollen Beitragszeitraum vor der Wiedereingliederungsteilzeit	

Die Wiedereingliederungsteilzeit wird vereinbart				
von (TT.MM.JJJJ)	bis (TT.MM.JJJJ)	Ø wöchentliche Arbeitszeit in Stunden ³	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 Die Wiedereingliederungsteilzeit beginnt frühestens mit dem Tag nach Zustellung der Genehmigung der Vereinbarung durch den Krankenversicherungsträger an den Arbeitnehmer bzw. die Arbeitnehmerin.

² Zulässige Dauer der Wiedereingliederungsteilzeit: Mindestens ein Monat, maximal sechs Monate

³ Mindestwert 12 Stunden

