



# Neunzig & Partner

Steuerberatungsgesellschaft

beraten | gestalten | optimieren

83435 Bad Reichenhall · Ludwigstr. 27

Tel.: (08651) 76 67 3-0 · Fax: (08651) 76 67 3 11

kanzlei@stb-neunzig-partner.de · www.stb-neunzig-partner.de

## ÄNDERUNG MITARBEITER

### ARBEITGEBER

### ARBEITNEHMER

Familienname:

Vorname

Rentenversicherungsnummer:

### ÄNDERUNG ARBEITSZEIT

Wochenarbeitszeit bislang:

Wochenarbeitszeit neu:

Änderung gilt ab:

Grund für die Änderung:

- Änderung Teilzeit auf Vollzeit
- Vereinbarung über flexible Arbeitszeiten mit Arbeits- und Freizeitphasen
- Vollzeit auf Teilzeit
- Änderung innerhalb einer Teilzeit
- Elternzeit
- Pflegezeit
- Altersteilzeitvereinbarung – wenn Aufstockungsbeträge gezahlt werden
- Sonstiger Änderungsgrund: \_\_\_\_\_

Durchschnittliche  
Wochenarbeitszeit eines  
Vollzeitarbeitnehmers:

### ÄNDERUNG BEFRISTUNG

Der befristete Arbeitsvertrag wurde verlängert bis:

Der befristete Arbeitsvertrag wurde verlängert am:

### AUSBILDUNGSENDE

Tatsächliches Ende der Ausbildung:

### ÄNDERUNG ENTGELT

Änderung des Entgelts ab:

Monatlicher Bruttobezug neu:

Monatlicher Sachbezug neu:

### ÄNDERUNG TÄTIGKEIT

Bisheriger Tätigkeitsbereich:

Neuer Tätigkeitsbereich:

ÄNDERUNG PRIVATE KRANKENVERSICHERUNG		
Private Krankenversicherung:	Zuschuss durch Arbeitgeber	O Ja O Nein
	Firmenzahler	O Ja O Nein
Monatl. Beitragsanteil für Basiskrankenversicherungsschutz: (Bitte Bescheinigung der Krankenversicherung beifügen)		
Monatlicher Gesamtbeitrag: (Bitte Bescheinigung beifügen)		

SONSTIGES	
Sonstige Änderung ab:	
Sonstige Änderung:	

**Ich versichere, die oben gemachten Angaben vollständig und wahrheitsgemäß gemacht zu haben. Sollten sich im Verlauf meiner Beschäftigung Veränderungen ergeben, werde ich diese unverzüglich mitteilen. Soweit meinem Arbeitgeber durch unvollständige oder unrichtige Angaben Nachteile entstehen, bin ich schadenersatzpflichtig.**

_____ Ort, Datum	_____ Unterschrift Arbeitnehmer
_____ Unterschrift, Stempel Arbeitgeber	