

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

Checkliste:

Bestehendes Arbeitsverhältnis seit zumindest drei Monaten (Karenzzeiten, Pflegefreistellungen, Zeiten des Krankenstandes sind einzurechnen) <u>und</u> durchgehender Krankenstand von mindestens sechs Wochen	<input type="radio"/>
Bei wiederholter Inanspruchnahme: Ende der letzten Wiedereingliederungsteilzeit vor mindestens 18 Monaten	<input type="radio"/>
Wiedereingliederungsplan liegt bei	<input type="radio"/>
Eine Beratung im Rahmen des Wiedereingliederungsmanagements nach dem Arbeit- und Gesundheitsgesetz („fit2work“) hat stattgefunden.	<input type="radio"/>
Alternativ zur Beratung durch fit2work Arbeitsmedizinische Zustimmung zur Vereinbarung liegt vor.	Datum/Stempel/Paraphe

Erklärung

Der Betriebsrat wurde – sofern eingerichtet – in die Verhandlungen über die Wiedereingliederungsteilzeit einbezogen bzw. zu den Verhandlungen eingeladen.

Ich erkläre, dass die Angaben richtig und vollständig sind.

Stellt sich nachträglich heraus, dass meine Angaben nicht der Wahrheit entsprechen, nehme ich zur Kenntnis, dass ich dem Krankenversicherungsträger einen dadurch entstandenen Schaden zu ersetzen habe.

Darüber hinaus bin ich verpflichtet, alle Abweichungen zur Vereinbarung sowie alle den Bezug des Wiedereingliederungsgeldes betreffende Änderungen unverzüglich dem Krankenversicherungsträger bekannt zu geben.

Datum

Unterschrift Arbeitnehmer(in)

Datum

Unterschrift Arbeitgeber(in)

V o m K r a n k e n v e r s i c h e r u n g s t r ä g e r a u s z u f ü l l e n

Leistungsrechtliche Anspruchsvoraussetzungen gegeben: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Datum/Stempel/Paraphe
<u>Chef- bzw. Kontrollärztlicher Dienst</u> Medizinische Zweckmäßigkeit gegeben: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit beendet? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Bei nein: Ende der Arbeitsunfähigkeit mit	Datum/Stempel/Paraphe