## (Stand: 21.08.2023)

## Antrag auf

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

**Beschäftigt im Bereich der**

**[ ] Schulpsychologie** **[ ]  Schulverwaltungsassistenz**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Name, Vorname**      | **Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort**      | **Telefon**privat:        dienstl:       |
| Dienst-/Amtsbezeichnung      | Schulberatungsstelle/Schule      | LBV-Personalnummer      |

## Bezirksregierung Arnsberg

**- Dezernat 47.8.2**

**59821 Arnsberg**

**auf dem Dienstweg-**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Beginn** | [ ]  ab       |  |
| [ ]  im Anschluss an meinen Mutterschutz | [ ]  im Anschluss an meine derzeitige Beurlaubung |
| [ ]  im Anschluss an meine Elternzeit | [ ]  im Anschluss an meine Teilzeitbeschäftigung mit derzeit       Wochenstd.. |
| **Ende** (mit Ablauf des)  |
| [ ]         |  | **Hinweis**: Nur mit der Angabe eines Beginn- und Enddatums kann der Antrag aus rechtlichen Gründen bearbeitet werden. |
| [ ]  **Wiederaufnahme des Dienstes mit voller Stundenzahl nach meiner Beurlaubung/Teilzeitbeschäftigung** |
| **Beurlaubung** (ohne Bezüge/Vergütung) |
| [ ]  gem. § 64 LBG[ ]  gem. § 70 LBG | [ ]  gemäß § 28 TV-L analog zu § 64 LBG[ ]  gemäß § 28 TV-L analog zu § 70 LBG |
| **Teilzeit in der Beurlaubung** |
| [ ]  gemäß 64 LBG mit       Wochenstunden |
| **Teilzeitbeschäftigung** |
| [ ]  gem. § 63 LBG/§ 11 Abs. 2 TV-L[ ]  gem. § 64 LBG/§ 11 Abs. 1 TV-L | **mit zukünftig** **Wochenstunden**(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 wird die anteilige Ermäßigung aus Altersgründen bzw. aufgrund einer Schwerbehinderung abgezogen (Netto-Arbeitszeit). |
| **Immer auszufüllen, sofern der Antrag auf § 64 und 70 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      |

|  |
| --- |
| Die Erläuterungen und Hinweise und Erlasse finden Sie unter folgendem Link: <https://www.bra.nrw.de/-1821> |
|      Ort, Datum, Unterschrift Antragsteller |
| **Stellungnahme der Leitung/Schulleitung:** |
| [ ]  Ich bin einverstanden | [ ]  Ich bin nicht einverstanden. **Begründung:** Siehe Begleitbericht |
|      Ort, Datum, Unterschrift |