## (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 | |