

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	☒
Bei wiederholter Inanspruchnahme: Ende der letzten Wiedereingliederungsteilzeit vor mindestens 18 Monaten	☐
Wiedereingliederungsplan liegt bei	☐
Eine Beratung im Rahmen des Wiedereingliederungsmanagements nach dem Arbeit- und Gesundheitsgesetz („ fit2work “) hat stattgefunden.	☐
Alternativ zur Beratung durch fit2work	Datum/Stempel/Paraphe
Arbeitsmedizinische Zustimmung zur Vereinbarung liegt vor.	

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)

Vom Krankenversicherungsträger auszufüllen

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