

| | |
|----------------------------|----------------------|
| Beschäftigungsdienststelle | Ort, Datum |
| | Postanschrift |
| Aktenzeichen | Telefon, Nebenstelle |

| | |
|---|--|
| Anschrift der Beschäftigungsstelle | Mitteilung¹⁾ der Arbeitsunfähigkeit²⁾ oder einer Kur³⁾ eines Arbeitnehmers (§ 22 TV-L) |
| Landesamt für Finanzen Dienststelle Bezügestelle Arbeitsgruppe Postfach | |
| Zutreffendes bitte ankreuzen <input checked="" type="checkbox"/> bzw. ausfüllen | |

| | | | |
|----------------|------|---------|------------------------------|
| Personalnummer | Name | Vorname | Geburtsdatum (bitte angeben) |
|----------------|------|---------|------------------------------|

| | | |
|---|------|---|
| 1. Beginn der Arbeitsunfähigkeit vom | | (= erster voller Tag - vgl. § 187 BGB) |
| Ende der Arbeitsunfähigkeit ⁴⁾ (= letzter Tag der Arbeitsunfähigkeit bzw. im Falle einer Wiedereingliederungsmaß- nahme: Tag, an dem die Wiedereingliederungsmaßnah- me endet) | bzw. | <input type="checkbox"/> voraussichtlich bis |
| | bzw. | <input type="checkbox"/> bis auf Weiteres |
| | bzw. | <input type="checkbox"/> eintägige Arbeitsunfähigkeit |
| | bzw. | <input type="checkbox"/> endgültig ⁴⁾ bis |

| | | | |
|--|------------------------------------|--|------------------------------|
| 2. Grund der Arbeitsunfähigkeit | <input type="checkbox"/> Krankheit | <input type="checkbox"/> Unfall | <input type="checkbox"/> Kur |
| 2.1. Bescheinigung über die Arbeitsunfähigkeit bzw. Bewilligungsbescheid für die Kur liegt vor | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | |
| 2.2. Arbeitsunfähigkeit ärztlich festgestellt | am | vom | bis |
| 2.3. Anerkannter Arbeitsunfall bzw. anerkannte Berufskrankheit im Sinne des SGB VII | <input type="checkbox"/> ja | bei Arbeitsunfall bitte den Unfalltag angeben: | |

| | |
|---|---|
| 3. Verteilung der regelmäßigen Arbeitszeit im letzten halben Jahr | |
| Arbeitszeit | <input type="checkbox"/> Fünftagewoche <input type="checkbox"/> Tagewoche |
| Änderungen | <input type="checkbox"/> ja, wie folgt: |

| | |
|--|--------------------------|
| 4. Bei Unfällen: Es wird geprüft, ob wegen etwaiger Schadensersatzansprüche gegen Dritte die zuständige Vertretungsbehörde (vgl. § 3 Abs. 6 der Vertretungsverordnung) zu verständigen ist ⁵⁾ | <input type="checkbox"/> |
|--|--------------------------|

| | | | | |
|---|----------------|--------------------|-----------|--------------------------|
| 5. Freistellung von der Arbeitsleistung gem. § 45 SGB V zur Betreuung eines erkrankten Kindes unter Wegfall der Vergütung | | | | |
| vom | bis (einschl.) | Vorname des Kindes | Geb.Datum | Attest liegt vor |
| | | | | <input type="checkbox"/> |

| |
|--|
| 6. Sonstiges: (z.B. Ausschlusstatbestände nach § 22 Abs. 1 und 4 TV-L) |
| |

Die Richtigkeit der vorstehenden Angaben wird bestätigt Bearbeitungsvermerke der Bezügestelle

| | |
|---------------------|---------------------|
| Unterschrift (Name) | Datum. Unterschrift |
|---------------------|---------------------|

- | | |
|----|---|
| 1) | Dieser Vordruck ist in einfacher Ausfertigung an das Landesamt für Finanzen zu senden |
| 2) | Es ist jede Arbeitsunfähigkeit mitzuteilen |
| 3) | Gem. § 22 Abs. 1 Satz 3 TV-L i.V.m. § 9 EFZG steht die Kur einer Arbeitsunfähigkeit gleich. |
| 4) | Das tatsächliche Ende der Arbeitsunfähigkeit ist in jedem Falle mitzuteilen. |
| 5) | Für Beschäftigte des Freistaates Bayern sind entsprechende Mitteilungen an das Fiskalat (Rechtsabteilung) der Dienststelle Ansbach des Landesamtes für Finanzen zu richten, eine Unterrichtung durch die Bezügestelle findet nicht statt. |