

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	ggf. Geburtsname
----------------	------	---------	------------------

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. |