



Formular zur Einstellung von studentischen/wissenschaftlichen Hilfskräften

- Einstellung als studentische Hilfskraft** **Einstellung als wissenschaftliche Hilfskraft**
- Neueinstellung Verlängerung Wiedereintritt nach Unterbrechung

Name, Vorname

Familiennamen und Anschrift der Eltern oder des Ehegatten

Telefon

Alle weiteren Informationen zu Ihrer Person ergänzen Sie bitte im nachfolgenden AP250 auf Seite 2.

Stipendium vorhanden: Nein
 Ja mit Laufzeit von _____ bis _____,
 Stipendiengeber: _____

Ich bestätige die Richtigkeit der vorstehenden Angaben und verpflichte mich, alle Veränderungen unverzüglich mitzuteilen. Dies gilt auch bei einer Beschäftigung über den unten genannten Zeitraum hinaus.

Ort, Datum

X

Unterschrift Antragsteller*in

Immer beizufügen sind:

- Formblatt Feststellung Soz.-Ver.-Pfl.
- Immatrikulationsbescheinigung

Beigefügt sind (nur bei Neueintritt):

- Kopie der Geburtsurkunde
- Kopie Sozialversicherungs-Ausweis
- Nachweis der Krankenversicherung
- ggf. Kopie der Bachelor- oder Masterurkunde

Klinik / Institut: _____	Sachbearbeiter: _____	Telefon: _____
Beschäftigungsdauer von _____ bis _____		
Durchschnittliche monatliche Stundenzahl: _____		
_____ Ort, Datum	X _____ Unterschrift Institut / Klinik / Bereichsleitung	Finanzierung: Zu Lasten: <input type="checkbox"/> Haushalt: <input type="checkbox"/> Projekt: _____ <input type="checkbox"/> Sonstiger Etat: _____
Mittel vorhanden bei		
Titel: _____ Finanzstelle: _____		
Dienststart: _____ Sachkonto: _____		
Kostenstelle: _____		
Kostenträger: _____		
Mittelherkunft: _____		
		Ort, Datum: _____
		Unterschrift: X _____

Bitte im Original zurücksenden an Dezernat Personal.



Name, Geburtsname, ggf. akad. Titel, Namenszusatz			Vorname (ggf. Rufnamen bitte unterstreichen)		
Geburtstag	Geburtsort	Geschlecht (W oder M)	Staatsangehörigkeit	Sozialversicherungsnummer	
<input type="checkbox"/> ledig	<input type="checkbox"/> verh.	<input type="checkbox"/> wiederverh.	<input type="checkbox"/> verwitwet	<input type="checkbox"/> geschieden ggf. seit	eingetragene Lebenspartnerschaft
Anschrift	Straße		Hausnummer		
	Postleitzahl, Ort				
Zuständiges Finanzamt			Steueridentifikationsnummer		
	<input type="checkbox"/> Hauptarbeitgeber	<input type="checkbox"/> Nebearbeitgeber	Steuerklasse _____	Religion _____	
Kinder	Vorname, Name, Geburtsdatum				
Konto	Name des Geldinstituts		BIC		
	IBAN				
Abdruck nach Erledigung durch das DLZP zurück an personalbewirtschaftende Dienststelle		Ort, Datum	Unterschrift		

AP 250 - 06/2018