



Formular zur Einstellung von studentischen/wissenschaftlichen Hilfskräften

☐ Einstellung als studentische Hilfskraft

☐ Einstellung als wissenschaftliche Hilfskraft

☐ Neueinstellung

☐ Verlängerung

☐ Wiedereintritt nach Unterbrechung

Name, Vorname

Familienname 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
- Angabe der Krankenversicherung
- ggf. Kopie der Bachelor- oder Masterurkunde

Klinik / Institut: _____ Sachbearbeiter: _____ Telefon: _____

Beschäftigungsdauer von _____ bis _____

Durchschnittliche monatliche Stundenzahl: _____

Finanzierung:

Zu Lasten:

☐ Haushalt:

☐ Projekt: _____

☐ Sonstiger Etat: _____

Ort, Datum

X

Unterschrift Institut / Klinik / Bereichsleitung

Mittel vorhanden bei

Titel: _____ Finanzstelle: _____

Dienstart: _____ Sachkonto: _____

Kostenstelle: _____

Kostenträger: _____

Mittelherkunft: _____

Ort, Datum: _____

Unterschrift: **X** _____

Bitte im Original zurücksenden an Referat Personal.



Name, Geburtsname, ggf. akad. Titel, Namenszusatz			Vorname (ggf. Rufnamen bitte unterstreichen)		
Geburtsdag	Geburtsort	Geschlecht (M, W oder D)	Staatsangehörigkeit	Sozialversicherungsnummer	
☐ ledig	☐ verh.	☐ wiederverh.	☐ verwitwet	☐ geschieden ggf. seit	eingetragene Lebenspartnerschaft
Anschrift	Straße		Hausnummer		
	Postleitzahl, Ort				
	Zuständiges Finanzamt		Steueridentifikationsnummer		
	☐ Hauptarbeitgeber	☐ Nebenarbeitgeber	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

Gemäß Tarifbeschluss vom 14.02.2026 haben Hilfskräfte Anspruch auf eine Mindestlaufzeit von 12 Monaten. Soll davon abgewichen werden, sind folgende Angaben erforderlich:

Grund der Befristung

Organisatorischer Grund:		
☐ Projekt	endet am	
☐ Veranstaltung (z. B. Praktikum / Seminar)	von	bis
☐ Sonstiger organisatorischer Grund:		
Persönlicher Grund:		
☐ Studium voraussichtlich beendet am		
☐ Aufenthaltstitel endet am		
☐ Hilfskraft entscheidet sich gegen eine Laufzeit von 12 Monaten		
☐ Sonstiger persönlicher Grund:		
☐ Sonstiger Grund		
Hiermit bestätige ich die Kenntnisnahme über die Befristung des angehenden Vertrages.	Ort, Datum	Unterschrift Hilfskraft

Wir weisen darauf hin, dass Hilfskräfte sich bei Konflikten in Hinblick auf die Beschäftigungsdauer an den wissenschaftlichen Personalrat wenden können.