



**Formular zur Einstellung von studentischen/wissenschaftlichen Hilfskräften**

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

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Familiename 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

Klinik / Institut: \_\_\_\_\_ Sachbearbeiter: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Beschäftigungsdauer von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Durchschnittliche monatliche Stundenzahl: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

**X**

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Institut / Klinik / Bereichsleitung

**FINANZIERUNG:**

Zu Lasten:

Haushalt:

Projekt:

Sonstiger Etat:

**Mittels vorhanden bei**

Titel: \_\_\_\_\_ Finanzstelle: \_\_\_\_\_

Dienstort: \_\_\_\_\_ 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)		
Geburtsstag	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
<b>Anschrift</b>	Straße		Hausnummer		
	Postleitzahl, Ort				
	Zuständiges Finanzamt		Steueridentifikationsnummer		
	<input type="checkbox"/> <b>Hauptarbeitgeber</b>	<input type="checkbox"/> <b>Nebenarbeitgeber</b>	Steuerklasse _____	Religion _____	
<b>Kinder</b>	Vorname, Name, Geburtsdatum				
<b>Konto</b>	Name des Geldinstituts		BIC		
	IBAN				
<b>Abdruck nach Erledigung durch das DLZP zurück an personalbewirtschaftende Dienststelle</b>		Ort, Datum	Unterschrift		

AP 250 - 06/2018