



Formular zur Einstellung von studentischen/wissenschaftlichen Hilfskräften

- Einstellung als studentische Hilfskraft**
- Einstellung als wissenschaftliche Hilfskraft** (BA Abschluss vorhanden)
- Neueinstellung
- Verlängerung
- Wiedereintritt nach Unterbrechung

Name, Vorname

Falls minderjährig: Anschrift der Eltern

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: ISIP Sachbearbeiter: Iris Kruck Telefon: -5801

Beschäftigungsdauer von _____ bis _____

Durchschnittliche monatliche Stundenzahl: _____

Ort, Datum

X

Unterschrift Institut / Klinik / Bereichsleitung

FINANZIERUNG: Mittels vorhanden bei

Zu Lasten: Titel: _____ Finanzstelle: _____

Haushalt: Dienstart: _____ Sachkonto: _____

Projekt: Kostenstelle: 762090

Sonstiger Etat: 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
Anschrift	Straße		Hausnummer		
	Postleitzahl, Ort				
	Zuständiges Finanzamt		Steueridentifikationsnummer		
	<input type="checkbox"/> Hauptarbeitgeber	<input type="checkbox"/> 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