



Formular zur Einstellung von studentischen/wissenschaftlichen Hilfskräften

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

Name, Vorname

nur bei Minderjährigen: Familienname und 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, 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

Formular box containing fields for Klinik/Institut, Sachbearbeiter, Telefon, Beschäftigungsdauer, Durchschnittliche monatliche Stundenzahl, Finanzierung (Haushalt, Projekt, Sonstiger Etat), Mittel vorhanden bei (Titel, Finanzstelle, Dienstart, Sachkonto, Kostenstelle, Kostenträger, Mittelherkunft), Ort, Datum, Unterschrift Institut / Klinik / Bereichsleitung.

Bitte im Original zurücksenden an Referat 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