

Beschäftigungsdienststelle	Ort, Datum
	Postanschrift
Aktenzeichen	Telefon, Nebenstelle

Anschrift der Beschäftigungsstelle Landesamt für Finanzen Dienststelle Bezügestelle Arbeitnehmer Arbeitsgruppe Postfach	Mitteilung¹⁾ der Arbeitsunfähigkeit²⁾ oder einer Kur³⁾ eines Arbeitnehmers (§ 22 TV-L) Zutreffendes bitte ankreuzen <input checked="" type="checkbox"/> bzw. ausfüllen
---	---

Personalnummer	Name	Vorname	Geburtsdatum (bitte angeben)
----------------	------	---------	------------------------------

1. Beginn der Arbeitsunfähigkeit	ab		(= erster voller Tag - vgl. § 187 BGB)
---	----	--	--

2. Grund der Arbeitsunfähigkeit	<input type="checkbox"/> Krankheit <input type="checkbox"/> Unfall <input type="checkbox"/> Kur
Anerkannter Arbeitsunfall bzw. anerkannte Berufskrankheit im Sinne des SGB VII	<input type="checkbox"/> ja bei Arbeitsunfall bitte den Unfalltag angeben:

3. Dauer der Arbeitsunfähigkeit	
3.1. Die Arbeitsunfähigkeit wurde noch <u>nicht</u> durch einen Dienstantritt beendet:	
a) <input type="checkbox"/> Es liegt <u>keine</u> ärztliche Bescheinigung vor	<input type="checkbox"/> Dauer - bis auf Weiteres <input type="checkbox"/> Dauer - nur einen Tag
b) <input type="checkbox"/> <u>Eine</u> ärztliche Bescheinigung liegt vor (oder Bewilligungsbescheid bei einer Kur)	<input type="checkbox"/> Bescheinigung wurde ausgestellt am: _____ Beginn laut Bescheinigung am: _____ Dauer bis: _____
3.2. Die Arbeitsunfähigkeit wurde durch einen <u>Dienstantritt</u> beendet (Gesundmeldung):	
Der tatsächliche Dienstantritt erfolgte am: _____	
Die letzte ärztliche Bescheinigung endete am: _____	(nur auszufüllen, wenn ärztliche Bescheinigung vorlag)

4. Verteilung der regelmäßigen Arbeitszeit im letzten halben Jahr	Mo Di Mi Do Fr Sa So
Arbeitszeit <input type="checkbox"/> Fünftageweche (Mo – Fr) oder	Tageweche, rglm. Arbeitstage sind: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Änderungen <input type="checkbox"/> ja, zum: _____ wie folgt: _____	Tageweche, rglm. Arbeitstage sind: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

5. Bei Unfällen: Es wird geprüft, ob wegen etwaiger Schadensersatzansprüche gegen Dritte die zuständige Vertretungsbehörde (vgl. § 3 Abs. 7 der Vertretungsverordnung) zu verständigen ist. ⁴⁾	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------

6. Freistellung von der Arbeitsleistung gem. § 45 SGB V zur Betreuung eines erkrankten Kindes unter Wegfall der Vergütung				
vom	bis (einschl.)	Vorname des Kindes	Geburtsdatum	Attest liegt vor
				<input type="checkbox"/>

7. Sonstiges: (z.B. Ausschlussstatbestände nach § 22 Abs. 1 und 4 TV-L)

Die Richtigkeit der vorstehenden Angaben wird bestätigt

Bearbeitungsvermerke der Bezügestelle

Unterschrift (Name: _____)

Datum, Unterschrift

1)	Dieser Vordruck ist in einfacher Ausfertigung an das Landesamt für Finanzen zu senden
2)	Es ist jede Arbeitsunfähigkeit mitzuteilen
3)	Gem. § 22 Abs. 1 Satz 3 TV-L i.V.m. § 9 EFZG steht die Kur einer Arbeitsunfähigkeit gleich.
4)	Für Beschäftigte des Freistaates Bayern sind entsprechende Mitteilungen an das Fiskalat (Rechtsabteilung) der Dienststelle Ansbach des Landesamtes für Finanzen zu richten, eine Unterrichtung durch die Bezügestelle findet nicht statt.