

1.

Antrag auf Zahlung einer Leistungsprämie für TV-L Beschäftigte (aus Haushaltsmitteln) / Antrag auf Stufenlaufzeitverkürzung gem. § 17 Abs. 2 S.1 TV-L

Einrichtung.....

TV-L Beschäftigte/r

Frau/Herr.....

Personalnummer..... Vergütungsgruppe

Wochenarbeitszeit Gesamt:

davon auf einer Haushaltsstelle: Stellen Nr.

Beschäftigungszeitraum: bis unbefristet

Die Höhe der Prämie soll% v.H. des Jahresentgelts 2014 betragen
(beantragt werden kann max. 10% v.H. des Jahresentgelts)

Zeitraum der Leistung

A.) Prämien

Konkrete Darstellung der besonderen Leistungen (keine Tätigkeitsbeschreibung):

Arbeitsqualität u.a.

.....
.....
.....
.....

Arbeitsquantität u.a.

.....
.....
.....
.....

Fördert in besonderem Maße die gute Zusammenarbeit und Teamfähigkeit;
Weiterqualifizierung im Hinblick auf neue Anforderungen; von den Beschäftigten anerkannte,
sehr gute Personalführung bei Führungskräften

.....
.....
.....
.....

oder

B.) Stufenlaufzeitverkürzung

Stufe seit dem

Konkrete Darstellung der über dem Durchschnitt liegenden Leistungen (keine Tätigkeitsbeschreibung):

a) Rückbetrachtung auf Zeiten seit Beginn der Stufenlaufzeit:

Arbeitsqualität u. a.

.....
.....
.....
.....

Arbeitsquantität u.a.

.....
.....
.....
.....

b) Zukunftsbetrachtung: Eine weitere positive Entwicklungsprognose ist gegeben:

.....

.....
.....
.....
.....

Diese besondere Leistung wurde nicht bereits durch andere Maßnahmen angemessen honoriert.

.....
Datum / Stempel / Unterschrift des Einrichtungsleiters

2. Dekanatsverwaltung

Eingangsbestätigung an den Antragsteller erl.

.....
Datum / Unterschrift

3. Verwaltung Klinikum – Personalrecruiting und -betreuung

Geltungsbereich (§ 1) erfüllt? ja
aktives Beschäftigungsverhältnis (§ 5)? ja
Höhe Jahresentgelt 2014 €
Beantragte Summe €
Beschäftigungsumfang auf HH-Stelle %
Entgeltgruppe/Stufe
Besondere Leistungserbringung ja nein

.....
Datum / Unterschrift

4. Dekanatsverwaltung

Abstimmung Personalrat erl.

.....
Datum / Unterschrift

Dekanat am:

- Zustimmungen:
- Ablehnungen:

.....
Datum / Unterschrift

Mitteilung an Antragsteller/in erl.

.....
Datum / Unterschrift

Information an Personalrat erl.

.....
Datum / Unterschrift

5. Verwaltung Klinikum – Personalabrechnung

Auszahlung der Zulage i. H. v.: €

Personal-Nr.:

SAP-Erfassung am:

.....
Datum / Unterschrift