

# Vereinbarung Wiedereingliederungsteilzeit

von<sup>1</sup> \_\_\_\_\_ bis<sup>2</sup> \_\_\_\_\_

z w i s c h e n

Arbeitnehmer(in) Familienname und Vorname(n), Titel	Sozialversicherungsnummer
Anschrift	Telefonnummer

u n d

Arbeitgeber(in)	Ansprechperson, Telefonnummer, E-Mail
Anschrift	

Durchschnittliche wöchentliche Normalarbeitszeit in Stunden <u>vor</u> der Arbeitsunfähigkeit/Wiedereingliederung	
Monatliches Entgelt in Euro (Bruttowert) im letzten vollen Beitragszeitraum vor der Wiedereingliederungsteilzeit	

Die Wiedereingliederungsteilzeit wird vereinbart				
von (TT.MM.JJJJ)	bis (TT.MM.JJJJ)	wöchentliche Arbeitszeit in Stunden <sup>3</sup>	Angaben zur Lage der Arbeitszeit	Monatliches Entgelt in Euro (Bruttowert)

Angaben zur beruflichen Tätigkeit während der Wiedereingliederungsteilzeit (bei stufenweiser Wiedereingliederung mit anfänglicher Reduktion unter 50 Prozent der Normalarbeitszeit)			
Durchschnittliche Reduktion der wöchentlichen Normalarbeitszeit in Prozent		Monatliches Entgelt in Euro (Bruttowert) auf Basis der durchschnittlichen Reduktion der Arbeitszeit <sup>4</sup>	

<sup>1</sup> Die Wiedereingliederungsteilzeit beginnt frühestens mit dem Tag nach Zustellung der Genehmigung der Vereinbarung durch den Krankenversicherungsträger an den Arbeitnehmer bzw. die Arbeitnehmerin. Kann der geplante Beginn nicht eingehalten werden (zB weil die Bescheidzustellung durch den Krankenversicherungsträger erst nach dem vereinbarten Beginn der Wiedereingliederungsteilzeit erfolgt), beginnt die Wiedereingliederungsteilzeit innerhalb von drei Tagen ab Bescheidzustellung des Krankenversicherungsträgers an den Arbeitnehmer bzw. die Arbeitnehmerin.

<sup>2</sup> Zulässige Dauer der Wiedereingliederungsteilzeit: Mindestens ein Monat, maximal sechs Monate.

<sup>3</sup> Mindestwert 12 Stunden; für die Dauer der Wiedereingliederungsteilzeit bestehende oder vereinbarte Gleitzeitvereinbarungen kommen nicht zur Anwendung.

<sup>4</sup> Das während der Wiedereingliederungsteilzeit gebührende Entgelt ist analog zu § 3 EFZG berechnen. Ein vor der Wiedereingliederungsteilzeit vereinbartes und zustehendes Überstundepauschale gebührt auch während der Wiedereingliederungsteilzeit. Variable Entgeltbestandteile (zB Prämien, Provisionen) sind gemäß § 3 Abs. 4 EFZG nach dem Durchschnitt der letzten 13 Wochen vor Beginn der Wiedereingliederungsteilzeit zu berechnen.

**Checkliste:**

Bestehendes <b>Arbeitsverhältnis</b> seit zumindest <b>drei Monaten</b> (Karenzzeiten, Pflegefreistellungen, Zeiten des Krankenstandes sind einzurechnen) <u>und</u> <b>durchgehender Krankenstand</b> von mindestens <b>sechs Wochen</b>	<input type="radio"/>
Bei wiederholter Inanspruchnahme: <b>Ende der letzten Wiedereingliederungsteilzeit</b> vor mindestens <b>18 Monaten</b>	<input type="radio"/>
<b>Wiedereingliederungsplan</b> liegt bei	<input type="radio"/>
Eine <b>Beratung</b> im Rahmen des Wiedereingliederungsmanagements nach dem Arbeit- und Gesundheitsgesetz („fit2work“) hat stattgefunden.	<input type="radio"/>
<b>Alternativ</b> zur Beratung durch fit2work <b>Arbeitsmedizinische Zustimmung</b> zur Vereinbarung liegt vor.	<b>Datum/Stempel/Paraphe</b>

Erklärung	
<p>Der Betriebsrat wurde – sofern eingerichtet – in die Verhandlungen über die Wiedereingliederungsteilzeit zu den Verhandlungen eingeladen.</p> <p>Ich erkläre, dass die Angaben richtig und vollständig sind.</p> <p>Stellt sich nachträglich heraus, dass meine Angaben nicht der Wahrheit entsprechen, nehme ich zur Kenntnis, dass ich dem Krankenversicherungsträger einen dadurch entstandenen Schaden zu ersetzen habe.</p> <p>Darüber hinaus bin ich verpflichtet, alle Abweichungen zur Vereinbarung sowie alle den Bezug des Wiedereingliederungsgeldes betreffende Änderungen unverzüglich dem Krankenversicherungsträger bekannt zu geben.</p>	
_____ Datum	_____ Unterschrift Arbeitnehmer(in)
_____ Datum	_____ Unterschrift Arbeitgeber(in)

**V o m K r a n k e n v e r s i c h e r u n g s t r ä g e r a u s z u f ü l l e n**

Leistungsrechtliche Anspruchsvoraussetzungen gegeben: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<b>Datum/Stempel/Paraphe</b>
<u>Chef- bzw. Kontrollärztlicher Dienst</u>	<b>Datum/Stempel/Paraphe</b>
Medizinische Zweckmäßigkeit gegeben: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit beendet? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Bei nein: Ende der Arbeitsunfähigkeit mit .....	