

1.

Antrag auf Zahlung einer Leistungsprämie für TV-L Beschäftigte (aus Haushaltsmitteln)

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 2016, Stufe 1 betragen
(beantragt werden kann max. 10 v.H. des Jahresentgelts, Stufe 1)

Zeitraum der Leistung

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

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

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 – Personalbetreuung

Geltungsbereich (§ 1) erfüllt? ja

aktives Beschäftigungsverhältnis (§ 5)? ja

Höhe Jahresentgelt 2016, Stufe 1 €

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