

1.

Antrag auf Zahlung einer Zulage/Prämie für besondere Leistungen im Rahmen der Drittmittelinwerbung

Einrichtung:

Projektbeteiligte/r Mitarbeiter/in

Herr/Frau:

Personalnummer:

Stelle: Haushalt Drittmittel (Projekt:)

Vergütungs-/Besoldungsgruppe

Drittmittel (Anlage)

Projekt-Bezeichnung:

Projekt-Nummer, öffentlich*):

Projekt-Leiter:

Darstellung der besonderen Leistungen innerhalb des Projektes

Zeitraum:

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

*) Sonderzahlungen/Prämien für Beschäftigte im TV-Länder sind nur aus Mitteln öffentlicher Dritter möglich; Sonderzahlungen für Beschäftigte im TV-Ärzte sind nicht möglich.

2. Dekanatsverwaltung

Eingangsbestätigung an den Antragsteller erl.

.....
Datum / Unterschrift

3. Verwaltung Klinikum – Personalbetreuung

Geltungsbereich (§ 1) erfüllt? ja

aktives Beschäftigungsverhältnis (§ 4)? ja

.....
Datum / Unterschrift

4. Verwaltung Klinikum – Rechnungswesen und Drittmittel

Öffentliche Mittel

Projektkonto

.....
Mittelverfügbarkeit **nach Deckung aller Einzel- und Gemeinkosten**

.....
Datum / Unterschrift

5. Verwaltung Klinikum – Personalbetreuung

Jahresentgelt €
maximale Zulage €
mögliche Zulage €
ausschüttbare Mindestsumme erreicht? ja €

Vorschlag zur Zulage

.....
Datum / Unterschrift

**Sammelvorlage
zur Beschlussfassung**

6. Dekanatsverwaltung

Dekanat am:
Zustimmung ja nein

.....
Datum / Unterschrift

Klinikumsvorstand am:
Zustimmung ja nein

.....
Datum / Unterschrift

7. Dekanatsverwaltung

Mitteilung an Antragsteller/in erl.

.....
Datum / Unterschrift

8. Verwaltung Klinikum – Personalabrechnung

Auszahlung der Zulage i.H.v.: €
Personal-Nr.:
SAP-Erfassung am:

Beschäftigte TV-L:
Zahlungen aus Mitteln öffentlicher Dritter → ZV-pflichtig

.....
Datum / Unterschrift

9. Verwaltung Klinikum – Personalbetreuung / Dekanatsverwaltung

(bei Beschäftigten, die nicht der W-Besoldung unterfallen)
Information an den Uni-Personalrat erl.
Information an den Klinik-Personalrat erl.

.....
Datum / Unterschrift