



**Formular zur Einstellung von studentischen/wissenschaftlichen Hilfskräften**

- Einstellung als studentische Hilfskraft**                       **Einstellung als wissenschaftliche Hilfskraft**
- Neueinstellung**                       **Verlängerung**                       **Wiedereintritt nach Unterbrechung**

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Familiennamen und Anschrift der Eltern oder des Ehegatten

\_\_\_\_\_  
Telefon

**Alle weiteren Informationen zu Ihrer Person ergänzen Sie bitte im nachfolgenden AP250 auf Seite 2.**

Stipendium vorhanden:  Nein  
 Ja mit Laufzeit von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_,  
 Stipendiengeber: \_\_\_\_\_

Ich bestätige die Richtigkeit der vorstehenden Angaben und verpflichte mich, alle Veränderungen unverzüglich mitzuteilen. Dies gilt auch bei einer Beschäftigung über den unten genannten Zeitraum hinaus.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

**X**  
\_\_\_\_\_  
Unterschrift Antragsteller\*in

**Immer beizufügen sind:**

- Formblatt Feststellung Soz.-Ver.-Pfl.
- Immatrikulationsbescheinigung

**Beigefügt sind (nur bei Neueintritt):**

- Kopie der Geburtsurkunde
- Kopie Sozialversicherungs-Ausweis
- Nachweis der Krankenversicherung
- ggf. Kopie der Bachelor- oder Masterurkunde

Klinik / Institut: _____	Sachbearbeiter: _____	Telefon: _____
Beschäftigungsdauer von _____ bis _____		
Durchschnittliche monatliche Stundenzahl: _____		
_____ Ort, Datum	<b>X</b> _____ Unterschrift Institut / Klinik / Bereichsleitung	<b>Finanzierung:</b> Zu Lasten: <input type="checkbox"/> Haushalt: <input type="checkbox"/> Projekt: _____ <input type="checkbox"/> Sonstiger Etat: _____
<b>Mittel vorhanden bei</b>		
Titel: _____ Finanzstelle: _____		
Dienstort: _____ Sachkonto: _____		
Kostenstelle: _____		
Kostenträger: _____		
Mittelherkunft: _____		
		Ort, Datum: _____  Unterschrift: <b>X</b> _____

Bitte im Original zurücksenden an Dezernat Personal.



Name, Geburtsname, ggf. akad. Titel, Namenszusatz			Vorname (ggf. Rufnamen bitte unterstreichen)		
Geburtstag	Geburtsort	Geschlecht (W oder M)	Staatsangehörigkeit	Sozialversicherungsnummer	
<input type="checkbox"/> ledig	<input type="checkbox"/> verh.	<input type="checkbox"/> wiederverh.	<input type="checkbox"/> verwitwet	<input type="checkbox"/> geschieden ggf. seit	eingetragene Lebenspartnerschaft
<b>Anschrift</b>	Straße		Hausnummer		
	Postleitzahl, Ort				
Zuständiges Finanzamt			Steueridentifikationsnummer		
	<input type="checkbox"/> <b>Hauptarbeitgeber</b>	<input type="checkbox"/> <b>Nebearbeitgeber</b>	Steuerklasse _____	Religion _____	
<b>Kinder</b>	Vorname, Name, Geburtsdatum				
<b>Konto</b>	Name des Geldinstituts		BIC		
	IBAN				
<b>Abdruck nach Erledigung durch das DLZP zurück an personalbewirtschaftende Dienststelle</b>		Ort, Datum	Unterschrift		

AP 250 - 06/2018