Dienststelle

Personalnummer	
Bearbeiter/-in:	
Telefon:	

An das
Landesamt für Finanzen
- LfF 14 -
56062 Koblenz

☒ **Zutreffendes ist angekreuzt**

Beschäftigte/r Name Vorname Geb.dat

hier: ☐ **Erkrankung** ☐ **Kur** ☐ **Wiederaufnahme des Dienstes nach einer Erkrankung bzw. Kur**

Der/Die***** o. a. Beschäftigte

☐ ist seit dem arbeitsunfähig erkrankt. ☐ ist weiterhin arbeitsunfähig erkrankt.
☐ hat zuletzt gearbeitet am bis Uhr.
☐ war im letzten halben Jahr wie folgt erkrankt:
vom bis einschl. , vom bis einschl. ,
vom bis einschl. , vom bis einschl. ,
vom bis einschl. , vom bis einschl. ,
vom bis einschl. , vom bis einschl. ,

Bei Teilzeitbeschäftigten sind noch folgende Angaben erforderlich:

	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So
regelmäßige Arbeitstage	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
wenn 2. Woche abweichend	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

☐ Die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung ☐ Die Folgebescheinigung
☐ liegt nicht vor ☐ liegt hier vor *****(voraussichtliche Dauer bis einschl.).

☐ Die Erkrankung beruht auf einem ☐ Unfall. ☐ Arbeitsunfall. Datum/Uhrzeit
☐ Die Arbeitsunfähigkeit wurde durch Drittverschulden herbeigeführt.
☐ Die Erklärung nach § 6 Entgeltfortzahlungsgesetz liegt vor.
☐ Die Höhe des Entgelts (Haushaltsausgabe) für die Zeit vom bis bitte ich mitzuteilen.
Der/Die***** Beschäftigte hat Anspruch auf Urlaubstage (einschl. ggf. Zusatzurlaub als schwerbehinderter Mensch).

☐ war – lt. Attest / ☐ ohne Attest – bis einschl. arbeitsunfähig erkrankt und hat den Dienst am wieder aufgenommen.

☐ hat am eine Kur angetreten.
Das Einberufungsschreiben ☐ liegt bei / ihnen bereits vor*****. ☐ wird gesondert übermittelt.
ist am ☐ arbeitsfähig ☐ arbeits**un**fähig aus der Kur entlassen worden.
☐ Der/Die***** Beschäftigte hat den Dienst am wieder aufgenommen.

22.10.14 .. Handschriftliche Unterschrift ist erforderlich !

Ort / Datum Unterschrift Dienststempel

*** nichtzutreffendes bitte streichen**

LfF14_DST040_10_14

Löschen