

Personalkostenförderprogramm

AZ.: _____

1. Antragsteller/ Träger der Stelle:

2. Name, Vorname (Stelleninhaber/In): _____

Geburtsdatum der/ des Beschäftigten: _____

Beschäftigungsbeginn bei dem Träger: _____

Arbeitsbeginn im Personalkostenprogramm: _____

Beendigung im Personalkostenprogramm: _____

Bezahlung nach TVöD – VKA S u. E
oder einen anderen Tarifvertrag: nein ja

wenn ja, welcher Tarifvertrag:

Erfolgte bei Einstellung die Einstufung
nach VKA Anlage C: ja nein

wenn ja, füllen Sie bitte folgende Daten aus

Einstufung bei Einstellung: _____

Familienstand: _____

wöchentl. Arbeitszeit 20 h/ Wo. 30 h/ Wo. 40 h/ Wo.

wöchentl. Arbeitszeit im Personalkostenprogramm

20 h/ Wo. 30 h/ Wo. 40 h/ Wo.

3. Schulabschluss: _____

Beruf: _____

Ausbildung als:

DiplomsozialpädagogIn/ -arbeiterIn

gleichwertige Ausbildung, d.h.

Zertifikatskurse des MBS (bitte benennen)

benennen)

gleichgestellte kirchliche Ausbildungen (bitte

DiplompädagogIn

und ähnliches (bitte benennen)

Berufserfahrung in der ausgeübten
Tätigkeit:

ja

nein

wenn ja, seit wann:

Ort, Datum

Unterschrift