



PERSONALEINSATZ - STELLENBESETZUNG

ESF+-kofinanzierter Vorhaben - FP 2021-2027

Antragsnummer: _____
(siehe Antragsformular)

Die bzw. der Zuwendungsempfängende: _____

Vorhaben: _____

Bezeichnung der Stelle: _____

Gültig ab: _____
(bei Änderungen im Durchführungszeitraum)

Die bzw. der Stelleninhabende

Name: _____ Vorname: _____

Regelmäßige wöchentliche Arbeitszeit der bzw. des Stelleninhabenden

Gesamt: _____ Stunden davon im Vorhaben: _____ Stunden

Datum Eintritt ins Unternehmen: _____

Datum Eintritt ins Vorhaben: _____

Vergütung nach

TV-L, TVÖD
_____ Bezeichnung

Anderer Tarifvertrag
(z. B. Haustarifvertrag,
Branchentarifvertrag)
_____ Bezeichnung

Kein Tarifvertrag
(z. B. ortsübliche Vergütung)
_____ Bezeichnung

Eingruppierung lt. o. g. Tarifvertrag

(nur auszufüllen, wenn Tarifbindung besteht)

Entgeltgruppe/Vergütungsgruppe/
Entwicklungsstufe: _____

Monatsgehalt der bzw. des Stelleninhabenden (bezogen auf eine Vollzeitstelle)

| | |
|---|------------|
| Direkte Personalausgaben | |
| Bruttogehalt | EUR |
| vermögenswirksame Leistungen (VWL) | EUR |
| betriebliche Altersvorsorge (ATV) | EUR |
| monatlich wiederkehrende Zulage | EUR |
| sonstige Gehaltsbestandteile* | EUR |
| AG-Anteil Sozialversicherung | EUR |
| Summe | EUR |
| Indirekte Personalausgaben** | |
| Umlage U1 (Krankheitsumlage) | EUR |
| Umlage U2 (Mutterschaftsumlage) | EUR |
| Umlage U3 (Insolvenzumlage) | EUR |
| Gesetzliche Unfallversicherung/ Berufsgenossenschaft | EUR |
| Summe | EUR |
| Gesamte Personalausgaben | EUR |

*Eine detaillierte Auflistung ist als Anlage beizufügen.

**Nur aufführen, wenn nicht über Pauschale abgegolten.

Jahressonderzahlungen

| | |
|---|------------|
| Jahressonderzahlungen p. a.* | EUR |
| AG-Anteil Sozialversicherung | EUR |
| Umlage U1 (Krankheitsumlage)** | EUR |
| Umlage U2 (Mutterschaftsumlage)** | EUR |
| Umlage U3 (Insolvenzumlage)** | EUR |
| Gesetzliche Unfallversicherung/ Berufsgenossenschaft** | EUR |
| Gesamte Jahressonderzahlungen | EUR |

*Eine detaillierte Auflistung ist als Anlage beizufügen.

**Nur aufführen, wenn nicht über Pauschale abgegolten.

Hinweis:

Die "Regelungen zur Zuwendungsfähigkeit von Ausgaben ESF+-kofinanzierter Vorhaben in der Förderperiode 2021-2027" sind zu beachten.

Angaben zur Qualifikation der bzw. des Stelleninhabenden

Einschlägige Berufserfahrung: _____ Jahre
(bezogen auf die Tätigkeiten im Vorhaben)

Ausbildungen

Weiterbildungen/Fachkenntnisse

Berufserfahrung

Erklärungen der bzw. des Zuwendungsempfängenden

(Alle Erklärungen müssen einzeln durch bestätigt werden.)

- Die Stelle wurde gemäß Antrag eingerichtet.
- Die bzw. der Stelleninhabende erfüllt die Anforderungen an die Stelle.

Datum

Unterschrift(en)

Name in Druckbuchstaben

Hinweis:

Bitte das Dokument ausdrucken, unterschreiben, einscannen und auf Anforderung der ILB über das Kundenportal einreichen. Das Original ist aufzubewahren.