



PERSONALEINSATZ - STELLENBESETZUNG

ESF+-kofinanzierter Vorhaben - FP 2021-2027

Antragsnummer: _____
(siehe Antragsformular)

Die bzw. der Zuwendungsempfängende: _____

Vorhaben: _____

Bezeichnung der Stelle: _____

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.