

Vereinbarung¹ Wiedereingliederungsteilzeit

von² _____ bis³ _____



z w i s c h e n

Arbeitnehmer(in) Familienname und Vorname(n), Titel	Sozialversicherungsnummer
Anschrift	Telefonnummer

u n d

Arbeitgeber(in)	Ansprechperson, Telefonnummer, E-Mail
Anschrift	

Durchschnittliche wöchentliche Normalarbeitszeit in Stunden <u>vor</u> der Arbeitsunfähigkeit/Wiedereingliederung	
Monatliches Bruttoentgelt in Euro im letzten vollen Beitragszeitraum vor Ende der für die Wiedereingliederungsteilzeit ursächlichen Arbeitsunfähigkeit ⁴	

Die Wiedereingliederungsteilzeit wird vereinbart				
von (TT.MM.JJJJ)	bis (TT.MM.JJJJ)	Ø wöchentliche Arbeitszeit in Stunden	Angaben zur Lage der Arbeitszeit	Monatliches Entgelt in Euro (Bruttowert)

Angaben zur beruflichen Tätigkeit <u>während</u> der Wiedereingliederungsteilzeit (bei stufenweiser Wiedereingliederung mit anfänglicher Reduktion unter 50 Prozent der Normalarbeitszeit)			
Durchschnittliche Reduktion der wöchentlichen Normalarbeitszeit in Prozent		Monatliches Entgelt in Euro (Bruttowert) auf Basis der durchschnittlichen Reduktion der Arbeitszeit	

¹ Für eine Änderung/Verlängerung bitte ein eigenes Formblatt verwenden und oberhalb den Hinweis „Änderung“ bzw. „Verlängerung“ händisch ergänzen. Es wird gebeten, eine geplante Verlängerung zeitgerecht zu beantragen.

² Die Wiedereingliederungsteilzeit beginnt frühestens mit dem Tag nach Zustellung der Genehmigung der Vereinbarung durch den Krankenversicherungsträger an den Arbeitnehmer bzw. die Arbeitnehmerin. Der Antritt der Wiedereingliederungsteilzeit muss innerhalb eines Monats nach Ende des mindestens sechswöchigen durchgehenden Krankenstandes erfolgen.

³ Zulässige Dauer: Mindestens ein Monat, maximal sechs Monate; Verlängerung um mindestens ein Monat bis maximal drei Monate.

⁴ Beispiel: Krankenstandsende 15.8.; Wiedereingliederungsteilzeit ab 1.9. geplant; Ende der vollen Entgeltfortzahlung war am 27.7.; Es ist daher das letzte volle Bruttoentgelt vom Juni anzuführen.

Checkliste:

Bestehendes Arbeitsverhältnis seit zumindest drei Monaten (Karenzzeiten, Pflegefreistellungen, Zeiten des Krankenstandes sind einzurechnen) und durchgehender Krankenstand (Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit) von mindestens sechs Wochen	☐
Bei wiederholter Inanspruchnahme: Ende der letzten Wiedereingliederungsteilzeit vor mindestens 18 Monaten	☐
Wiedereingliederungsplan liegt bei Anmerkung: Gemäß § 13a (2) AVRAG darf die Vereinbarung der Wiedereingliederungsteilzeit – abgesehen von der befristeten Änderung der Arbeitszeit – keine Auswirkungen auf die seitens des Arbeitnehmers oder der Arbeitnehmerin im Rahmen des Arbeitsvertrags geschuldeten Leistungen haben, d.h., bis auf die befristete Änderung der Arbeitszeit wird der Arbeitsvertrag nicht geändert.	☐
Eine Beratung im Rahmen des Wiedereingliederungsmanagements nach dem Arbeit- und Gesundheitsgesetz („ fit2work “) hat stattgefunden.	☐
Alternativ zur Beratung durch fit2work Arbeitsmedizinische Zustimmung zur Vereinbarung liegt vor.	Datum/Stempel/Paraphe Arbeitsmediziner/in / AMZ / AMD

Erklärung	
Der Betriebsrat wurde – sofern eingerichtet – in die Verhandlungen über die Wiedereingliederungsteilzeit einbezogen bzw. zu den Verhandlungen eingeladen. Ich erkläre, dass die Angaben richtig und vollständig sind. Stellt sich nachträglich heraus, dass meine Angaben nicht der Wahrheit entsprechen, nehme ich zur Kenntnis, dass ich dem Krankenversicherungsträger einen dadurch entstandenen Schaden zu ersetzen habe. Darüber hinaus bin ich verpflichtet, alle Abweichungen zur Vereinbarung sowie alle den Bezug des Wiedereingliederungsgeldes betreffende Änderungen unverzüglich dem Krankenversicherungsträger bekannt zu geben.	
Datum	Unterschrift Arbeitnehmer(in)
Datum	Unterschrift und Stempel Arbeitgeber(in) / personalführende Stelle

Informationen nach Art. 13 und 14 Datenschutz-Grundverordnung betreffend die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten finden Sie auf der Website der österreichischen Sozialversicherung unter www.sozialversicherung.at/datenschutz.

V o m K r a n k e n v e r s i c h e r u n g s t r ä g e r a u s z u f ü l l e n

Leistungsrechtliche Anspruchsvoraussetzungen gegeben: ☐ ja ☐ nein	Datum/Stempel/Paraphe
<u>Chef- bzw. Kontrollärztlicher Dienst</u> Medizinische Zweckmäßigkeit gegeben: ☐ ja ☐ nein Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit beendet? ☐ ja ☐ nein Bei nein: Ende der Arbeitsunfähigkeit mit	Datum/Stempel/Paraphe