



ANTRAG AUF EINRICHTUNG EINES WOHNRAUM- UND/ODER TELEARBEITSPLATZES

Antragsteller/in: Name, Vorname	Organisationseinheit	Derzeitige Arbeitszeit
<input type="checkbox"/> Beamter/in <input type="checkbox"/> Arbeitnehmer/in		<input type="checkbox"/> Vollzeit <input type="checkbox"/> halbtags <input type="checkbox"/> Stunden
Gewünschter Umfang der Telearbeit		Stunden/Woche

1. Gewünschte Verteilung der Telearbeit auf die Arbeitswoche (Angaben bitte mit Uhrzeit)

Telearbeitszeiten (Arbeitszeit, die zuhause erbracht werden soll)	Präsenzzeiten (Zeiten der Erreichbarkeit innerhalb der Telearbeit)	Anwesenheitszeiten in der Dienststelle
Mo		
Di		
Mi		
Do		
Fr		

Gewünschter Beginn und Ende der Telearbeitszeit (im Regelfall maximal 2 Jahre)	
Beginn (TT/MM/JJJJ)	Ende (TT/MM/JJJJ)

2. Ort der Telearbeit

Adresse und Beschreibung des Telearbeitsplatzes	
Straße, Haus Nr.	PLZ, Ort
Größe des Arbeitsraumes:	qm
Der Raum ist für einen dauernden Aufenthalt geeignet und zugelassen.	ja nein
Eine abschließbare Aufbewahrungsmöglichkeit für Unterlagen aus der dienstlichen Tätigkeit ist vorhanden.	ja nein

3. Tätigkeiten und benötigte Ausstattung

Auflistung der Tätigkeiten, die am Wohnraumarbeitsplatz erledigt werden können

Merkmale des Arbeitsplatzes	Ja	Nein	Be- dingt
-----------------------------	----	------	--------------

Die Absprachen und Kooperationen mit Vorgesetzten, Kolleginnen/Kollegen und/oder Studierenden sind gut über Telefon/E-Mail möglich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Arbeit ist weder auf spontane noch auf ständige persönliche Kontakte oder ständige Anwesenheit am Arbeitsplatz angewiesen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Der Zugriff auf benötigte nichtelektronische Unterlagen ist planbar und logistisch umsetzbar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Arbeit wird bereits größtenteils mit Hilfe einer umfassenden DV-Unterstützung erledigt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bitte begründen Sie die Einträge im Feld „Bedingt“

Welche Ausstattung des Telearbeitsplatzes ist vorhanden?

- DSL- oder vergleichbarer Anschluss
- Geschwindigkeit:
- Telefonanschluss Flatrate ja nein

Auflistung der benötigten Ausstattung

4. Besondere Gründe für die Telearbeit

Persönliche Gründe:	
<input type="checkbox"/> Vereinbarkeit von Beruf und Familie	
<input type="checkbox"/> Betreuung von Kindern (Anzahl: Alter:)	
<input type="checkbox"/> Pflege von Angehörigen	
<input type="checkbox"/> Schwerbehinderung	
<input type="checkbox"/> Wiedereingliederung nach schwerer Krankheit	
<input type="checkbox"/> Entfernung zum Dienstort	
km einfache Strecke:	zeitlicher Aufwand:
Sonstige Begründung:	

Begründung, falls die häusliche Arbeitszeit über 50 % betragen soll:
--

Datum:

.....
(Antragsteller/in, Name und Unterschrift)

5. Stellungnahme der/des Vorgesetzten

Ist die/der Antragsteller/in für einen Telearbeitsplatz geeignet?	Ja	Nein	Be- dingt
Bitte begründen Sie die Einträge im Feld „Nein“ bzw. „Bedingt“			

Sind die Tätigkeit und der Arbeitsplatz für Telearbeit geeignet?	Ja	Nein	Be- dingt
<p>Die Absprachen und Kooperationen mit Vorgesetzten, Kollegen/Kolleginnen und/oder Studierenden sind auch über Kommunikationsmedien möglich.</p> <p>Die Arbeit ist weder auf spontane noch auf ständige persönliche Kontakte oder ständige Anwesenheit am Arbeitsplatz angewiesen.</p> <p>Die Aufgaben haben eine klare Ziel- und Zeitdefinition, die eine teilweise Abwesenheit in der Dienststelle ermöglichen.</p> <p>Der Zugriff auf benötigte nichtelektronische Unterlagen ist planbar und logistisch durchsetzbar. Die Arbeit wird bereits größtenteils mit Hilfe einer umfassenden DV-Unterstützung erledigt.</p> <p>Ein Rechner am universitären Arbeitsplatz, der während der Heimarbeit in Betrieb bleiben muss, ist vorhanden.</p>			
Bitte begründen Sie die Einträge im Feld „Bedingt“			

Die alternierende Telearbeit für die Antragstellerin/ den Antragstellender wird

- befürwortet nicht befürwortet (bitte begründen)
mit folgenden Auflagen/Einschränkungen befürwortet

Name:

Datum:

.....
Vorgesetzte / Vorgesetzter (*Unterschrift*)

6. Verfahrensgang

Auf dem Dienstweg

- Dekanat/Abteilung

X Stellungnahme Referat _____ in Ordnung Stellungnahme in gesonderter Anlage

X Kanzlerin genehmigt nicht genehmigt

X Abteilung III Personal