

**Antrag auf Beurlaubung/Teilzeitbeschäftigung
Wiederaufnahme des Dienstes mit voller Stundenzahl**

Stand: 09.05.2023

*(Antrag bitte vollständig ausfüllen und
doppelseitig drucken)*

Name, Vorname	Straße, Wohnort	
E-Mail	Telefon	
Dienst-/Amtsbezeichnung	Schule	Schulort
Schulform (ggf. zusätzlich Schulamtsbezirk)	Lehrbefähigung	Fächer
Ident-Nummer (falls vorhanden): Personalnummer:	Schwerbehinderung ☐ ja, _____ (GdB)	

**Bezirksregierung Detmold
Dezernat 47
32756 Detmold
auf dem Dienstweg**

Der Antrag ist spätestens 6 Monate vor Beginn bzw. Ablauf zu stellen.

☐ Beurlaubung (ohne Dienstbezüge / Vergütung) ☐ gem. § 64 LBG (Kinderbetreuung) ☐ gem. § 70 LBG (arbeitsmarktpolitische Gründe) ☐ gem. § 28 TV-L ☐ unterhältliche Teilzeitbeschäftigung während der Beurlaubung mit ____ von ____ Std. /Woche (mit weniger als der Hälfte der Pflichtwochenstunden)	☐ Teilzeitbeschäftigung ☐ gem. § 64 LBG / § 11 Abs. 1 TV-L (familienpolitisch) ☐ gem. § 63 LBG / § 11 Abs. 2 TV-L (voraussetzungslos) ☐ gem. § 10 FrUrlV/ § 15 BEEG (während Elternzeit) ☐ gem. § 164 Abs. 5 SGB IX (Schwerbehinderung) mit ____ von ____ Std. /Woche (verbeamtete Lehrkräfte mind. mit der Hälfte der Pflichtstundenzahl; bei Teilzeit während der Elternzeit auch unterhältlich und max. 78 % der wöchentl. Pflichtstunden). Bitte hier die Zahl der Wochenstunden („Brutto-Arbeitszeit“) eintragen. Diese Stundenzahl wird bei der Festsetzung Ihrer Besoldung/Vergütung zu Grunde gelegt. Von dieser Stundenzahl wird von der Schulleitung die anteilige Ermäßigung aus Altersgründen bzw. aufgrund der Schwerbehinderung abgezogen („Netto-Arbeitszeit“).				
nur für § 64 LBG/ § 11 Abs. 1 TV-L (familienpolitische Gründe): <table><tr><td><u>Kinder unter 18 Jahren</u> Geburtsurkunde/n d. Kindes/Kinder</td><td><u>Pflegebedürftige Angehörige</u> aktuelle ärztliche Bescheinigung</td></tr><tr><td>☐ liegt bei ☐ liegt bereits vor</td><td>☐ liegt bei ☐ liegt bereits vor</td></tr></table>		<u>Kinder unter 18 Jahren</u> Geburtsurkunde/n d. Kindes/Kinder	<u>Pflegebedürftige Angehörige</u> aktuelle ärztliche Bescheinigung	☐ liegt bei ☐ liegt bereits vor	☐ liegt bei ☐ liegt bereits vor
<u>Kinder unter 18 Jahren</u> Geburtsurkunde/n d. Kindes/Kinder	<u>Pflegebedürftige Angehörige</u> aktuelle ärztliche Bescheinigung				
☐ liegt bei ☐ liegt bereits vor	☐ liegt bei ☐ liegt bereits vor				

☐ Wiederaufnahme Ich möchte im Anschluss an meine jetzige Beurlaubung/Teilzeitbeschäftigung wieder mit voller Pflichtstundenzahl tätig sein.
--

Beginn: ☐ 01.08.20____(Neuantrag) ☐ 01.02.20____(nur bei Folgeantrag!) ☐ im Anschluss an die derzeitige Beurlaubung/Teilzeit ☐ im Anschluss an meine Mutterschutzfrist am _____ ☐ im Anschluss an meine Elternzeit am _____ ☐ bei § 164 Abs. 5 SGB IX vom _____ bis _____	☐ im Anschluss an Teilzeitbeschäftigung im Blockmodell (ehem. Sabbatjahr/Jahresfreistellung) ☐ während der Elternzeit ab _____
Ende: (mit Ablauf des) ☐ 31.01.20____ ☐ 31.07.20____	
Den im Internet (www.bezreg-detmold.nrw.de) abrufbaren gemeinsamen Runderlass des Ministeriums des Innern, des Ministeriums der Finanzen und des Ministeriums der Justiz vom 15.09.2017 und Rd.Erl. des MSW vom 16.06.2008 habe ich zur Kenntnis genommen.	

Hiermit bestätige ich, dass ich mich über die Rechtsfolgen meines Antrages aufgrund des zuvor genannten Erlasses informiert habe.

Auch ist mir bewusst, dass ich als verbeamtete Lehrkraft bei einer Teilzeitbeschäftigung mindestens die Hälfte der Pflichtstundenzahl beantragen muss, sofern die Teilzeitbeschäftigung nicht während einer Beurlaubung nach § 64 LBG oder während der Elternzeit geleistet werden soll.

Im Falle einer Beurlaubung von mehr als 3 Jahren wird bei tarifbeschäftigten Lehrkräften insbesondere auf die Folgen des § 17 Abs. 3 TV-L für die Stufenzuordnung hingewiesen.

(Datum)

(Unterschrift)

Stellungnahme des Schulamtes (nur für Grundschulen) / schulfachliche Dezernentinnen und Dezernenten

- ☐ einverstanden, da nicht mit Unterrichtskürzungen oder – ausfall zu rechnen ist. (**nur** bei **voraussetzungsloser** Teilzeit)
- ☐ einverstanden (alle Teilzeiten **außer** voraussetzungsloser Teilzeit)
- ☐ nicht einverstanden. Begründung:

(Datum)

(Unterschrift)

Stellungnahme der Schulleitung:

- ☐ einverstanden, da nicht mit Unterrichtskürzungen oder – ausfall zu rechnen ist. (**nur** bei **voraussetzungsloser** Teilzeit)
- ☐ einverstanden (alle Teilzeiten **außer** voraussetzungsloser Teilzeit)
- ☐ nicht einverstanden. Begründung:

(Datum)

(Unterschrift)