

## FORMBLATT – ARBEITSRECHT

Mandant/in		Gegner/in	
Vorname		Vorname	
Nachname		Nachname	
Firma		Firma	
vertreten durch		vertreten durch	
Straße		Straße	
Wohnort		Wohnort	
Telefon privat		Telefon privat	
Telefon dienstlich		Telefon dienstlich	
Telefax privat		Telefax privat	
Telefax dienstlich		Telefax dienstlich	
Handy		Handy	
eMail		eMail	
geboren am		geboren am	
verheiratet. Doppelverdienst	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	verheiratet. Doppelverdienst	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Kinder Alter	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Anzahl:                      Jahre	Kinder Alter	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Anzahl:                      Jahre
schwerbehindert	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	schwerbehindert	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Schwangerschaft Mutterschutz	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Schwangerschaft Mutterschutz	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Betriebsrat	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Betriebsrat	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
anderweitiger Kündigungsschutz	Vertrauensmann Schwerbehinderter tarifl. ordentl. nicht kündbar	anderweitiger Kündigungsschutz	Vertrauensmann Schwerbehinderter tarifl. ordentl. nicht kündbar
AG-Darlehen Höhe	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	AG-Darlehen Höhe	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Betriebliche Altersversorgung	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Betriebliche Altersversorgung	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>

Beginn des Arbeitsverhältnisses:	
Anzahl der Beschäftigten:	mehr als 5/10 AN ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> KSchG ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>

Betriebsrat, Personalrat, Mitarbeitervertretung	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Tarifvertrag	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> welcher:
Allgemeinverbindlich	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Mandant tarifgebunden ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Arbeitgeber tarifgebunden ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>

<b>Kündigung</b> ausgesprochen ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> wenn ja, wann	zum
--	-----

schriftlich       mündlich       zugegangen am \_\_\_\_\_      **Ablauf Klagefrist:**  
 ordentliche Kündigung       außerordentliche Kündigung       ohne ersichtl. Begründ.   
 betriebsbedingt       verhaltensbedingt       personenbedingt       Probezeitkündigung

**Abmahnung** ausgesprochen    ja       nein       wenn ja, wann \_\_\_\_\_

Einkommen aus Arbeitsverhältnis		Anderweitiges Einkommen	
Bruttogehalt	€	Arbeitslosengeld	€
13. Gehalt	€	Arbeitslosenhilfe	€
Weihnachtsgeld	€	Krankengeld	€
Urlaubsgeld	€	Sozialhilfe	€
Zulagen	€	Überbrückungsgeld	€
Tantiemen	€	Rente	€
Prämien/Bonus	€		€
Sachbezug	€		€
Einkommen gem. § 12 VII ArbGG	€		€

Zeugnis/Zwischenzeugnis erteilt    ja       nein       Wettbewerbsverbot:    ja       nein   
 Berichtigung erforderlich            ja       nein

Tätigkeit als: \_\_\_\_\_

Arbeitstage pro Woche      Tage,      Arbeitsstunden pro Woche      Std.,      pro Monat      Std.

Urlaubsanspruch noch offen      Tage, Tage,      Werktage  Resturlaub Vorjahr      Arbeitstage  Tage

Offene Sachleistungen:    ja       nein   
 Art der Sachleistung: \_\_\_\_\_

Rechtsschutzversicherung	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Selbstbeteiligung ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Höhe €
Versicherung Anschrift	_____
Versicherungsnummer	_____
Prozesskostenhilfe	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
<b>bereits arbeitslos gemeldet?</b>	Wann? _____

Datum \_\_\_\_\_