

## Formularz w sprawach pracy dla pracodawców

Załączniki/informacje, które należy koniecznie przedłożyć tylko **(w kopii)**

1. wszystkie umowy o pracę
2. wszystkie wypowiedzenia
3. potwierdzenia doręczenia wszystkich wypowiedzeń (numery poleconych, protokoły faksu, potwierdzenie odbioru, świadkowie wręczenia)
4. trzy ostatnie rozliczenia zarobków (Gehaltsabrechnungen)
5. zwolnienie lekarskie, o ile pracownik przebywa na chorobowym

Pracownik/(Arbeitnehmer)	
Imię i nazwisko/(Vorname und Name):	
Adres zamieszkania w Niemczech/(Anschrift in Deutschland):	
Adres zamieszkania w Polsce/(Anschrift in Polen):	
wszystkie numery telefoniczne/(Telefon/privat/geschäftlich/Handy):	
stan rodzinny: wolny/żonaty/rozwiedziony/wdowiec/(Familienstand:ledig /verheiratet/geschieden/verwitwet):	Ilość i wiek dzieci na utrzymaniu/(unterhaltsberechtigzte Kinder, Alter):
ciąża bądź okres wychowawczy/(Schwangerschaft/Mutterschutz):	
stopień upośledzenia /(Schwerbehinderung):	
zatrudniony od/(Beschäftigt seit):	w charakterze/(als):

Przysługujący urlop za rok poprzedni/(Urlaub für das letzte Kalenderjahr ):	
wykorzystany urlop w roku poprzednim/In Anspruch genommener Urlaub im letzten Kalenderjahr:	wykorzystany urlop w bieżącym roku /In Anspruch genommener Urlaub in diesem Jahr:
<p>obecnie pracownik/zur Zeit ist der Arbeitnehmer:</p> <p><input type="checkbox"/> jest na zwolnieniu lekarskim/ krankgeschrieben seit/bis:od.....do.....</p> <p><input type="checkbox"/>na urlopie /Urlaub seit/bis: od.....do.....</p> <p><input type="checkbox"/>zwolniony przez pracodawcę ze świadczenia pracy/ freigestellt seit-bis: od.....do.....</p>	
<p>przyczyna chorobowego/ Arbeitsunfähigkeit wegen:</p> <p><input type="checkbox"/>wypadek przy pracy dnia/Arbeitsunfall am:.....</p> <p><input type="checkbox"/>inna/andere Ursache</p>	
<p>jest członkiem związków zawodowych/(Gewerkschaftsmitglied: VER.DI / IGM / GEW/ NGG/ IG BAU) bądź inne:</p> <p>.....</p>	
<p>wypowiedzenie/Kündigung</p> <p><input type="checkbox"/> pisemne/schriftlich                      w dniu/erhalten am.....</p> <p><input type="checkbox"/>ustne/mündlich                              w dniu.....</p> <p><input type="checkbox"/>dodatkowo                                      w dniu.....</p>	<p>w domu/w pracy/(wo? zu Hause/im Betrieb):</p>

Pracodawca /(Arbeitsgeber):		
Adres/(Anschrift):	Telefon:	Fax:
posiadamy ubezpieczenie od pomocy prawnej/(Rechtsschutzversicherung):	numer polisy/(Versicherungsschein-Nummer):	
ilość pracowników (w przybliżeniu zatrudniona u pracodawcy)/(Mitarbeiterzahl):		

Równocześnie informujemy, że w postępowaniu przed sądem pracy w I instancji niezależnie od wyniku każda ze stron ponosi swoje własne koszty.



Data \_\_\_\_\_

Podpis \_\_\_\_\_