An

Staatliches Schulamt für den Landkreis Hersfeld-Rotenburg und den Werra-Meißner-Kreis

Rathausstraße 8

36179 Bebra

**Auf dem Dienstweg über die Schulleitung der**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Antrag auf Überleitung in die neue Entgeltordnung für Lehrkräfte und unterrichtunterstützende Beschäftigte**

Ich beantrage die Überleitung in die Entgeltordnung gemäß § 29 TVÜ-H in der Fassung des § 9 TV EGO-L-H und mache gegebenenfalls die entsprechende Entgeltdifferenz ab dem 1. August 2022 oder zu einem späteren Zeitpunkt geltend.

Derzeit bin ich in der Entgeltgruppe: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Entgeltstufe: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
| **O** | Ich gehe davon aus, dass sich aus der neuen Entgeltordnung folgendes ergibt: |
|  | **O**  Höhergruppierung in die Entgeltgruppe:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (1) |
|  | **O** Entgeltgruppenzulage: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (1) |
|  | **O** Anpassungszulage: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (1) |
| **O** | Ich gehe davon aus, dass sich aus der neuen Entgeltordnung ein Anspruch auf eine Annäherungszulage ergibt (ab 01.08.2023): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (2) |
| **O** | Ich gehe davon aus, dass sich aus der neuen Entgeltordnung derzeit kein Anspruch auf eine der Zulagen und/oder eine Höhergruppierung ergibt. (3) |
| **O** | Optional: Der Anspruch ergibt sich aus TV EGO-L-H Abschnitt \_\_\_\_ Unterabschnitt \_\_\_\_\_\_ Ziffer \_\_\_\_\_\_\_ (4) |
| **O** | Optional: Folgende Nachweise sind beigefügt (5) |
|  | **O**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | **O**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | **O**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Ich bitte um eine Eingangsbestätigung unter Angabe des Aktenzeichens.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , \_\_\_ . \_\_\_ . \_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ort Datum Unterschrift der/des Beschäftigten