

Forschungseinrichtung
-----------------------

Abrechnungsobjekt-Nummer (AOBJ)
Geschäftszeichen der DFG
Bewilligung vom

Deutsche Forschungsgemeinschaft  
 - Finanzielle Umsetzung von Förderentscheidungen -  
 53170 Bonn

### Antrag auf personellen (tarifbedingten) Mehrbedarf

#### 1. Im Projekt beschäftigte Person

Name und Vorname oder Personalnummer \_\_\_\_\_

Titel \_\_\_\_\_

Angaben zur Vergütung gem. DFG Personalkostenkategorie (vgl. Vordruck 60.12 - Personalmittelsätze)

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Professur   | <input type="checkbox"/> Nachwuchsgruppenleiterin / Nachwuchsgruppenleiter / Heisenberg-Förderung   |
| <input type="checkbox"/> Postdoktorandin / Postdoktorand oder sonstige wissenschaftliche Beschäftigte ohne Promotionsabsicht mit <b>mindestens</b> 3-jähriger Berufserfahrung (universitäres Diplom oder Masterabschluss (Uni / FH)) | <input type="checkbox"/> Doktorandin / Doktorand oder sonstige wissenschaftliche Beschäftigte ohne Promotionsabsicht mit <b>weniger</b> als 3 Jahren Berufserfahrung (universitäres Diplom oder Masterabschluss (Uni / FH)) |
| <input type="checkbox"/> Ärztliche wissenschaftliche Mitarbeiterin / Ärztlicher wissenschaftlicher Mitarbeiter   | <input type="checkbox"/> Sonstige(r) wissenschaftliche(r) Mitarbeiterin oder Mitarbeiter (mit Bachelorabschluss (Uni / FH))   |
| <input type="checkbox"/> Nichtwissenschaftliche(r) Mitarbeiterin oder Mitarbeiter (z.B. Technische Assistenz, Labor- und Werkstattpersonal)  |   |

Tarifvertrag \_\_\_\_\_

Entgeltgruppe \_\_\_\_\_

Erfahrungsstufe bei Anstellung im Projekt \_\_\_\_\_

Aktuelle Erfahrungsstufe \_\_\_\_\_ seit \_\_\_\_\_

Beschäftigungsumfang \_\_\_\_\_ %

Beschäftigungszeitraum von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ Monate\*

\*Bei Abweichungen von der bewilligten Beschäftigungszeit, bitte Zeiten begründen (ggf. auf einem gesonderten Blatt).

Anspruch auf Jahressonderzahlung im ersten Jahr der Sachbeihilfe für \_\_\_\_\_ Monate

#### 2. Grund für den Mehrbedarf

<input type="checkbox"/> Höhere Erfahrungsstufe	<input type="checkbox"/> Tarifvertrag Ärzte
<input type="checkbox"/> Sonstiges (mit Begründung / Rechtsgrundlage) **	<input type="checkbox"/> Zulagen / Prämien (mit Begründung / Rechtsgrundlage)** in Höhe von _____ EUR
<input type="checkbox"/> Verlängerungsanspruch aufgrund von Mutterschutz / Elternzeit (Vgl. § 2 Abs. 5 Nr.3 WissZeitVG)	<input type="checkbox"/> Einmalig <input type="checkbox"/> Monatlich <input type="checkbox"/> Jährlich

**\*\*Begründung / Rechtsgrundlage**

**3. Mehrbedarf**

Bewilligte Mittel für die o.g. Person	_____	EUR
Benötigte Mittel für die o.g. Person	_____	EUR
<b>Differenz</b>	_____	<b>EUR</b>
<b>Abzüglich freier (umdisponierbarer) Mittel</b>	- _____	EUR
<b>Ergibt zusätzlichen personellen Mehrbedarf</b>	_____	<b>EUR</b>

Es wird versichert, dass keine freien (umdisponierbaren) Mittel mehr zur Verfügung stehen.

**4. Zusätzliche Angaben**

**Beigefügte Anlagen**

<b>Bitte Ansprechperson für Rückfragen angeben</b>	Telefon _____
Name _____	E-Mail _____

**Hinweis: Die Gewährung des Mehrbedarfs ersetzt nicht die Anerkennung der Personalausgaben im Schlussverwendungsnachweis. Die zusätzlich bereitgestellten Personalmittel sind nur für die angegebene Person verwendbar und dürfen nicht umdisponiert werden.**

Unterschriftsfeld zur Erfüllung der Nachweispflicht innerhalb der Einrichtung	
Ort, Datum _____	Ort, Datum _____
Unterschrift der Forschungseinrichtung durch eine vertretungsbefugte Person	Unterschrift der Wissenschaftlerin / des Wissenschaftlers (Bewilligungsempfängerin / Bewilligungsempfänger)  Es wird versichert, dass die hier gemachten Angaben richtig sind.

<b>Wird von der DFG ausgefüllt</b>	
Prüfvermerk	<input type="checkbox"/> genehmigt <input type="checkbox"/> abgelehnt
_____ Datum / Namenszeichen	

