

**Beschwerdeformular  
Dienstplan**

**Dienstplanausschuss**  
 GF: 030 - 69 59 75 410 – gf@adberlin.com  
 BR: 030 – 69 59 75 78 –  
 Betriebsrat.ambulante\_dienste@web.de

**Aufnahme Beschwerde Arbeitnehmer\*in:**

Name:	Datum: Uhrzeit:
<u>Kontaktdaten:</u> Tel. (Festnetz): Tel. (Mobil): e-mail: Postadresse:	Betriebszugehörigkeit/ Eintritt: Einsätze: zugeordnete EB: Vertretungseinsätze:

<u>Alter:</u>	<u>Schwerbehindertenstatus:</u> Nein: <input type="checkbox"/> Ja: <input type="checkbox"/> _____ %	<u>Gleichstellung:</u>	<u>Kinder unter 12 Jahren:</u> Nein: <input type="checkbox"/> Ja: <input type="checkbox"/> _____ Anzahl	<u>Pflegebed. Angehörige:</u> Nein: <input type="checkbox"/> Ja: <input type="checkbox"/>
Pflegezeit mit Teilzeit: Nein: <input type="checkbox"/> Ja: <input type="checkbox"/>		Wenn ja, Zeitraum: _____		
Elternzeit mit Teilzeit: Nein: <input type="checkbox"/> Ja: <input type="checkbox"/>		Wenn ja, Zeitraum: _____		

<u>Beschwerde über:</u>	Monatliche Arbeitszeit (Arbeitsvolumen):	<input type="checkbox"/>
	Lage der Arbeitszeit – monatlich:	<input type="checkbox"/>
	Lage der Arbeitszeit – wöchentlich:	<input type="checkbox"/>
	Lage der Arbeitszeit – täglich:	<input type="checkbox"/>
	Länge der täglichen Arbeitszeit:	<input type="checkbox"/>
	Verteilung der täglichen Arbeitszeit:	<input type="checkbox"/>
	Sonstiges:	<input type="checkbox"/>
<u>Stichworte / Anmerkungen zur Beschwerde:</u>		

Erstproblem:

Folgeproblem:

Dauerproblem:

.....  
**Beschwerde aufgenommen von:** \_\_\_\_\_

**Datum:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**(Unterschrift)**

**Auszufüllen durch Dienstplanausschuss (DPA):**

(Lf.Nr./Jahr): \_\_\_\_\_

Beschwerde aufgenommen von: \_\_\_\_\_

Erstbeschwerde:                       Zweitbeschwerde:                       Drittbeschwerde:

**Gegenstand des DPA am:** \_\_\_\_\_

Beschwerde berechtigt: Ja:  Nein:

Wenn ja, Einigung auf Maßnahmen:              Ja:               Nein:

Abstimmungsergebnis:  :

Arbeitgeber/Betriebsrat\* hat auf wechselndes Letztentscheidungsrecht zurückgegriffen  
(\*nicht zutreffendes bitte streichen)

**Entscheid**

Abhilfe:    Aktueller Monat     Folgemonat     Folgemonate     Anderes

<u>Maßnahmen:</u>

Überprüfung der Wirksamkeit der Maßnahmen bis zum: \_\_\_\_\_

Berlin, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Geschäftsführung/PDL)

\_\_\_\_\_  
(Betriebsrat/Betriebsrat)