

Geltendmachung des Vertretungszuschlages gem. § 17 TV DN

Einrichtung: _____

Name, Vorname: _____

An die Einrichtungsleitung: _____

Sehr geehrte Damen und Herren, aufgrund der folgenden Angaben

Anfrage vom Arbeitgeber:

➤ Datum: _____

➤ Uhrzeit: _____

Für folgenden Dienst:

➤ Datum: _____

➤ Uhrzeit: von _____ bis _____

Anmerkungen:

steht mir nach § 17 TV DN der Vertretungszuschlag in Höhe von

100,- € (Mo.-Fr. 06:00-22:00 Uhr)

120,- € (Mo.-Fr. 22:00-06:00 Uhr, Sa., So. und Feiertage)

zu und ich mache den Anspruch hiermit geltend.

Datum, Unterschrift

Bitte beachten: Der Vertretungszuschlag wird fällig, wenn die Anfrage vom Arbeitgeber innerhalb von **48 Stunden** vor dem Dienst (-wechsel) gestellt wurde. Rückwirkende Ansprüche können nur max. **sechs Monate** später gestellt werden (Ausschlussfrist gem. § 43 TV DN).