

ABRECHNUNG DER ZUWENDUNGSFÄHIGEN PERSONALAUSGABEN/-KOSTEN

(gültig ab 01.06.2017 für Hochschulen/Universitäten,
deren Personalausgaben/-kosten über die Landesfinanzdirektion (LFD) abgerechnet werden)

1. Angaben zum Zuwendungsempfänger

Zuwendungsempfänger	Vorhabens-Nr.
---------------------	---------------

2. Angaben zur Abrechnung

Name, Vorname	Eintritt in die Forschungseinrichtung	Beschäftigungsumfang gesamt in h (Wochenarbeitszeit) des Mitarbeiters	der Forschungseinrichtung (bei Vollbeschäftigung)
			40

Abrechnungsmonat und -jahr	Mit dem Mitarbeiter bestehen mehrere Arbeitsverträge <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Inanspruchnahme Elternzeit (von-bis)
----------------------------	---	--------------------------------------

Aufgliederung der Bezüge		monatlich EUR	Nach- oder Überzahlung ¹⁾ EUR	kumulativ EUR
1. Arbeitsverhältnis (entsprechend o. g. Vorhabens-Nr.)	Lohnsteuerpflichtiges Bruttogehalt			
_____ % einer Vollzeitstelle (Entgeltgruppe/Stufe: _____/_____)	dav. laufende Bezüge			
Beginn Arbeitsverhältnis: _____	dav. Jahressonderzahlung nach § 20 TV-L			
	dav. Leistungszulage/-prämie nach § 40 TV-L / sonstige Zahlungen lt. TV-L ²⁾			
2. Arbeitsverhältnis	Lohnsteuerpflichtiges Bruttogehalt			
_____ % einer Vollzeitstelle (Entgeltgruppe/Stufe: _____/_____)	dav. laufende Bezüge			
Beginn Arbeitsverhältnis: _____	dav. Jahressonderzahlung nach § 20 TV-L			
	dav. Leistungszulage/-prämie nach § 40 TV-L / sonstige Zahlungen lt. TV-L ²⁾			
3. Arbeitsverhältnis	Lohnsteuerpflichtiges Bruttogehalt			
_____ % einer Vollzeitstelle (Entgeltgruppe/Stufe: _____/_____)	dav. laufende Bezüge			
Beginn Arbeitsverhältnis: _____	dav. Jahressonderzahlung nach § 20 TV-L			
	dav. Leistungszulage/-prämie nach § 40 TV-L / sonstige Zahlungen lt. TV-L ²⁾			
4. Arbeitsverhältnis	Lohnsteuerpflichtiges Bruttogehalt			
_____ % einer Vollzeitstelle (Entgeltgruppe/Stufe: _____/_____)	dav. laufende Bezüge			
Beginn Arbeitsverhältnis: _____	dav. Jahressonderzahlung nach § 20 TV-L			
	dav. Leistungszulage/-prämie nach § 40 TV-L / sonstige Zahlungen lt. TV-L ²⁾			
Gesamt				

¹⁾ Bezugsmonat/ -zeitraum und Grund angeben

²⁾ nicht zuwendungsfähig im Rahmen der FTI-Richtlinie

Erklärungen des Zuwendungsempfängers

- Ich/Wir erkläre(n), dass das o. a. lohnsteuerpflichtige Bruttogehalt mit dem von der LFD übersandten Daten übereinstimmt.
 Ja
- Mir/Uns ist bekannt, dass die oben stehenden Angaben sowie die vorstehende Erklärung subventionserheblich im Sinne des § 264 des Strafgesetzbuches in Verbindung mit § 2 des Subventiongesetzes vom 29. Juli 1976 (BGBl. I S. 2037) und § 1 des Thüringer Subventiongesetzes vom 16. Dezember 1996 (GVBl. S. 319) ist. Ich/ Wir bin/sind unterrichtet, dass vorsätzlich oder leichtfertig falsche oder unvollständige Angaben die Strafverfolgung wegen Subventionsbetruges (§ 264 StGB) und die Rückzahlung der Zuwendung zur Folge haben können.

Hinweis: Die im Wortlaut dieses Formulars verwendeten geschlechtsspezifischen Bezeichnungen sind als geschlechtsneutral zu verstehen.

Ort, Datum

Unterschrift Beauftragter für den Haushalt

Unterschrift Personalabteilung
(entsprechend Unterschriftsberechtigung)