Anschrift Personal verwaltende Dienststelle PvStS	Ort und Datum
	Sachbearbeiter Telefon
	Beschäftigungsdienststelle

>Adresse>
DD Haus
DD Post
L Haus
L Post
C Haus
C Post

Landesamt für Steuern und Finanzen

Arb.Gr.

Mitteilung bei Arbeitsunfähigkeit aufgrund eines Arbeitsunfalls

(Zutreffendes bitte ankreuzen bzw. ausfüllen)

Geschäftszeichen des LSF		Name, Vorname
Sachbearb.-Nr.	Personalnummer	

Die **Arbeitsunfähigkeit**

vom	bis	Arbeitstage	Kalendertage	
vom	bis	Arbeitstage	Kalendertage	
vom	bis	Arbeitstage	Kalendertage	

beruht auf einem Arbeitsunfall.

Die Bescheinigung über die Anerkennung als Arbeitsunfall liegt vor: ☐ ja ☐ nein

Mitteilung des Unfallversicherungsträgers

Unfallaktenzeichen: _____

Unfalltag: _____

Institutionskennzeichen: _____

☐ Das Schreiben des Trägers der Unfallversicherung ist beigefügt.

Bemerkungen

Die Richtigkeit der vorstehenden Angaben wird bestätigt:	Bearbeitungsvermerke in der Bezügestelle
Unterschrift/Funktionsbezeichnung/Stempel	Datum Unterschrift

Drucken | Formulardaten löschen