

**An das  
Dezernat für Personal- und Rechtsangelegenheiten  
- im Hause -**

über den jeweiligen Vorgesetzten

## **Antrag auf alternierende Wohnraumarbeit**

Name: ..... Tel. dienstlich: .....  
Vorname: ..... Tel. privat: .....  
E-Mail: .....

Organisationseinheit: .....  
Dienstbezeichnung: .....

Umfang der Beschäftigung: ..... %  
An der Universität Potsdam beschäftigt seit: .....

Ich beantrage **Arbeitszeiten am Heimarbeitsplatz** (max. 25% der wöchentlichen Arbeitszeit, Ausnahmen nach Absprache mit der/dem Vorgesetzten möglich).

Umfang: ..... Stunden, für die Zeit vom: ..... bis .....

Die Voraussetzungen nach § 8 der Dienstvereinbarung über alternierende Wohnraumarbeit für die Genehmigung werden erfüllt, die entsprechenden Nachweise liegen vor bzw. sind beigelegt.

- Ich bin schwerbehindert oder gleichgestellt und infolge dessen in der Mobilität eingeschränkt
- Ich betreue
  - minderjährige Kinder
  - pflegebedürftige Angehörige
- Die übliche An- und Abreise zum Arbeitsort verlängert sich über einen erheblich Zeitraum aufgrund unvorhergesehener, befristeter Verkehrsbeeinträchtigungen.
- Sonstiges, § 16 Abs. 2 der Dienstvereinbarung über alternierende Wohnraumarbeit. **Bitte fügen Sie eine ausführliche schriftliche Begründung bei.**

Die Telearbeit umfasst folgende Arbeitsleistungen:

Mir ist bekannt, dass Nacht-, Wochenend- oder Feiertagsarbeit weder verlangt noch gestattet wird.  
Der Antrag kann nur bearbeitet werden, wenn die Anlagen vollständig ausgefüllt und beigelegt sind.

**Das Merkblatt für Datenschutz am Heimarbeitsplatz für Beschäftigte der Universität Potsdam habe ich zur Kenntnis genommen.**

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Antragsteller/-in

**Anlagen:**

- Checkliste zur Überprüfung der Tauglichkeit eines Arbeitsplatzes für die alternierende Wohnraumarbeit (inkl. Stellungnahme der/des Vorgesetzten)

# Checkliste zur Überprüfung der Tauglichkeit eines Arbeitsplatzes für alternierende Wohnraumarbeit (mit Stellungnahme der/des Vorgesetzten)

Organisationseinheit: .....

Name: .....

Vorname: .....

Vorgesetzte/r: .....

1. Ist zur Erledigung der Arbeitsaufgaben die permanente persönliche Anwesenheit des Beschäftigten erforderlich?  
 ja  
 nein
2. Erfordern die Arbeitsaufgaben selten den Zugriff auf zentralgelagerte, nicht digitalisierte Ressourcen (z.B. Aktenordner)?  
 ja  
 nein
3. Sind die Arbeitsabläufe so organisiert, dass der dienstliche Informationsfluss gewährleistet ist?  
 ja  
 nein
4. Werden personenbezogene Daten sowie Informationen, die ihrer Natur nach oder aufgrund ihrer Einstufung als vertraulich einzustufen sind verarbeitet?  
 ja  
 nein
5. Können die Arbeitsaufgaben eigenständig und eigenverantwortlich durchgeführt werden?  
 ja  
 nein
6. Ist die auszuübende Tätigkeit überwiegend durch Personalführungsverantwortung gekennzeichnet?  
 ja  
 nein
7. Besteht ein geringer Bedarf an persönlichen, insbesondere spontanen arbeitsplatzbezogenen Kontakten zu Nutzern der Universität Potsdam oder zu anderen Beschäftigten?  
 ja  
 nein
8. Ist der Anteil der nicht planbaren, sofort zu erledigenden Aufgaben, welche die Anwesenheit in der Dienststelle erforderlich machen, gering?  
 ja  
 nein
9. Ist die ergebnisorientierte Kontrollierbarkeit der Arbeitsresultate gewährleistet?  
 ja  
 nein
10. Kann die auszuübende Tätigkeit im Rahmen der alternierenden Wohnraumarbeit ausgeübt werden?  
 ja  
 nein
11. Wird die notwendige Erreichbarkeit des Bereiches, dem der Arbeitsplatz zugeordnet ist, durch die Genehmigung der alternierenden Wohnraumarbeit eingeschränkt?  
 ja  
 nein

**Abschließende Stellungnahme der/des Vorgesetzten:**

Zustimmung

Ablehnung

**Begründung:**

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der/des Vorgesetzten