



Trägername, -Nr. und -anschrift:

---

E-Mail-Kontakt für Rückfragen:

---

## **Zusatzfortschreibungen für die Personalkostensätze der Teilentgelte ,Betreuung und Leitung‘ für das Vereinbarungsjahr 2024**

Hiermit beantrage(n) ich bzw. wir die Anerkennung als Träger der Trägergruppe 2.

### **Trägergruppe 2**

1. Träger, die zumindest im Dezember 2024 den Tarifverträgen **TVÖD, TV KB, TV-L, DRK-Reformtarifvertrag** und **KTD**, den Arbeitsvertragsrichtlinien **AVR Caritas, AVR DD, AVR D regional** und **AVR PARI-HH**, oder der **DVO** oder **Haustarifverträgen** unterliegen (**sonstige Tarifierwender**).

2. Träger, die in den Arbeitsverträgen rechtlich verbindlich für das gesamte pädagogische Personal mindestens in den Punkten Entgeltordnung, Tabellenentgelte, SuE-Zulage bzw. Zulage für den pädagogischen Dienst in Kitas, Inflationsausgleichzahlungen gemäß dem jeweils ergänzend geschlossenen Tarifvertrag, regelmäßige Arbeitszeit, Urlaubsregelungen, Regenerations- bzw. Zusatzurlaubregelung sowie Jahressonderzahlung die Regelungen der Tarifverträge **TVÖD, TV KB, TV-L, DRK-Reformtarifvertrag** oder **KTD** materiell zumindest im **Dezember 2024 im Wesentlichen gleich anwenden (Tarifanaloganwender sonstiger Tarifierwender)**.

*Bitte ankreuzen*

- |                                      |                                      |
|--------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> TVÖD        | <input type="checkbox"/> AVR DD      |
| <input type="checkbox"/> TV KB       | <input type="checkbox"/> AVR D reg.  |
| <input type="checkbox"/> TV-L        | <input type="checkbox"/> AVR PARI-HH |
| <input type="checkbox"/> DRK         | <input type="checkbox"/> DVO         |
| <input type="checkbox"/> KTD         | <input type="checkbox"/> Haustarif   |
| <input type="checkbox"/> AVR Caritas |                                      |

Tarifanaloganwender sonstiger

Tarifierwender:

- |                                |
|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> TVÖD  |
| <input type="checkbox"/> TV KB |
| <input type="checkbox"/> TV-L  |
| <input type="checkbox"/> DRK   |
| <input type="checkbox"/> KTD   |

Ich versichere bzw. wir versichern das alle Bestimmungen des Beschlusses der Vertragskommission nach § 26 LRV vom 18.12.2024, Abschnitt B.3. Zusatzfortschreibung für die Personalkostensätze gemäß Anlage 1 c) LRV für Trägergruppe 2 beachtet wurden.

Bitte senden Sie den Antrag samt den erforderlichen Nachweisen **bis zum 31. März 2025** an das Funktionspostfach [kita-entgelte@soziales.hamburg.de](mailto:kita-entgelte@soziales.hamburg.de).

---

Datum

---

Unterschrift(en) zeichnungsberechtigte Person(en) des Trägers

---

Name(n) zeichnungsberechtigte Person(en) des Trägers in Druckbuchstaben und Funktion