

Personalfragebogen

für

Sozialversicherungspflichtige Arbeitnehmer

Firma:

Personalnummer

Name des Mitarbeiters

Abteilung oder Kostenstelle

Persönliche Angaben

Familienname ggf. Geburtsname	Vorname	
Straße und Hausnummer inkl. Anschriftenzusatz	PLZ, Ort	
Geburtsdatum	Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	
Rentenversicherungsnummer (Sozialversicherungsnummer)	Familienstand	
Geburtsort, -land – nur bei fehlender Versicherungs-Nr.	Schwerbehindert <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Staatsangehörigkeit	Telefon:	
	E-Mail:	
Konto – IBAN-Nummer _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	Bankbezeichnung	

Beschäftigung

Eintrittsdatum	Ausgeübte Tätigkeit	
<input type="checkbox"/> Hauptbeschäftigung	<input type="checkbox"/> Nebenbeschäftigung	
Üben Sie weitere Beschäftigungen aus? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Höchster Schulabschluss <input type="checkbox"/> ohne Schulabschluss <input type="checkbox"/> Haupt-/Volksschulabschluss <input type="checkbox"/> Mittlere Reife/gleichwertiger Abschluss <input type="checkbox"/> Abitur/Fachabitur	Höchste Berufsausbildung <input type="checkbox"/> ohne beruflichen Ausbildungsabschluss <input type="checkbox"/> Anerkannte Berufsausbildung <input type="checkbox"/> Meister/Techniker/gleichwertiger Fachschulabschluss <input type="checkbox"/> Bachelor <input type="checkbox"/> Diplom/Magister/ Master/Staatsexamen <input type="checkbox"/> Promotion	
Bei Auszubildenden: Beginn der Ausbildung	Voraussichtliches Ende der Ausbildung:	Kostenstelle:
Wöchentliche Arbeitszeit: <input type="checkbox"/> Vollzeit <input type="checkbox"/> Teilzeit	Verteilung d. wöchentlichen Arbeitszeit (Std.) <input type="checkbox"/> Mo <input type="checkbox"/> Di <input type="checkbox"/> Mi <input type="checkbox"/> Do <input type="checkbox"/> Fr <input type="checkbox"/> Sa <input type="checkbox"/> So	Urlaubsanspruch (Kalenderjahr)

Befristung

<input type="checkbox"/> Das Arbeitsverhältnis ist befristet / <input type="checkbox"/> zweckbefristet	Befristung Arbeitsvertrag zum:
<input type="checkbox"/> Schriftlicher Abschluss des befristeten Arbeitsvertrages	Abschluss Arbeitsvertrag am:
<input type="checkbox"/> befristete Beschäftigung ist für mindestens 2 Monate vorgesehen, mit Aussicht auf Weiterbeschäftigung	

Bescheinigungen elektronisch annehmen (Bea)

<input checked="" type="checkbox"/> Ich widerspreche der elektronischen Übermittlung von Arbeits- und Nebeneinkommensbescheinigungen an die Bundesagentur für Arbeit
--

Personalfragebogen

für

Sozialversicherungspflichtige Arbeitnehmer

Firma:

Personalnummer

Name des Mitarbeiters

Abteilung oder Kostenstelle

Steuer

Persönliche steuerliche Identifikationsnummer:	Steuerklasse/Faktor	Kinderfreibeträge	Konfession
--	---------------------	-------------------	------------

Sozialversicherung

Genauere Bezeichnung der Krankenkasse *):	<input type="checkbox"/> gesetzlich krankenversichert <input type="checkbox"/> privat versichert <input type="checkbox"/> freiwillig krankenversichert
Bei privater Krankenversicherung, <u>letzte gesetzliche</u> Kasse *):	Elterneigenschaft <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja, dann bitte den Fragebogen zur Elterneigenschaft ausfüllen und einreichen!
Flexi-Rente – <u>nur</u> für Altersvollrentner:	
Ich möchte weiter in die Rentenkasse einzahlen und verzichte auf die Rentenversicherungsfreiheit:	<input type="checkbox"/> ja

*) inkl. Zusatzbezeichnung wie z.B. AOK Hamburg Rheinland, AOK Bayern, etc.

Entlohnung – sofern kein Arbeitsvertrag eingereicht wird / vorhanden ist

Bezeichnung	Betrag	Gültig ab	Stundenlohn	Gültig ab
-------------	--------	-----------	-------------	-----------

VWL - nur notwendig wenn Vertrag vorliegt

Empfänger VWL	Betrag	AG-Anteil (Höhe mtl.)
	Seit wann	Vertragsnr.
Kontonummer (IBAN)	Bankleitzahl/Bankbezeichnung (BIC)	

Folgende Verträge/Unterlagen sind diesem Fragebogen beigelegt

Arbeitsvertrag	<input type="checkbox"/> liegt bei	VWL Vertrag	<input type="checkbox"/> liegt bei
Bescheinigung über LSt.-Abzug (wenn vorhanden)	<input type="checkbox"/> liegt bei	Vertrag Betriebliche Altersversorgung	<input type="checkbox"/> liegt bei
Nachweis Elterneigenschaft	<input type="checkbox"/> liegt bei	Schwerbehindertenausweis	<input type="checkbox"/> liegt bei
Bescheinigung zur privaten Krankenversicherung	<input type="checkbox"/> liegt bei	Angaben zum Firmenwagen	<input type="checkbox"/> liegt bei

Angaben zu steuerpflichtigen Vorbeschäftigungszeiten im laufenden Kalenderjahr

Zeitraum von	Zeitraum bis	Art der Beschäftigung	Anzahl der Beschäftigungstage
--------------	--------------	-----------------------	-------------------------------

Erklärung des Arbeitnehmers:

Ich versichere, dass die vorstehenden Angaben der Wahrheit entsprechen. Ich verpflichte mich, meinem Arbeitgeber alle Änderungen, insbesondere in Bezug auf weitere Beschäftigungen (in Bezug auf Art, Dauer und Entgelt) unverzüglich mitzuteilen.

Datum

Unterschrift Arbeitnehmer

Datum

Unterschrift Arbeitgeber