

PERSONALFRAGEBOGEN

Vollzeit/Teilzeit/Übergangsbereich

--

Arbeitgeber/Firmenstempel

Nachweise:

- Mitgliedsbescheinigung Krankenkasse
- Arbeitsvertrag
- Vertrag über Vermögenswirksame Leistungen
- Vertrag über Altersversorgung (z. B. Direktversicherung)

falls keine Kinderfreibeträge bei den Lohnsteuermerkmalen eingetragen sind:

- Nachweis über die Elterneigenschaft (z. B. Kopie Geburtsurkunde)
- Vorarbeitgeberdaten: Nachweis der Beschäftigungstage (Kopie der Lohnsteuerbescheinigung)
- Freiwillig versicherte Arbeitnehmer: Jahresentgeltbescheinigung des letzten Jahres u. lfd. Jahr
- Privat versicherte Arbeitnehmer: Bescheinigungen über private Kranken- und Pflegeversicherung nach § 257 SGB und § 10 EStG
- Schüler/Studenten: Schul-/Studienbescheinigung

Persönliche Angaben:

Name, Vorname	
PLZ, Wohnort	
Straße, Hausnummer	
Geburtsdatum	
Staatsangehörigkeit	
Familienstand	
Schwerbehinderung	
Rentenversicherungsnummer <i>bei erstmaliger Beschäftigungsaufnahme (= Antrag auf Rentenversicherungsnummer):</i>	
- Geburtsort	
- Geburtsname	
- Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
Anzahl der Kinder	

Angaben zur Bankverbindung

Institut	
Bankleitzahl (BIC)	
Konto-Nummer (IBAN)	

Angaben zur Schulausbildung:

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
-------------------------	---	--------------------------	---

Angaben zur Beschäftigung:

Eintritt / Austritt des Beschäftigten	_____ Eintritt _____ Austritt
Bei Auszubildende: Beginn / voraussichtliches Ende der Ausbildung	_____ _____
beschäftigt als (Tätigkeit)	_____
Die Beschäftigung ist im voraus befristet	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bis _____ Grund _____
Der Arbeitsvertrag wurde abgeschlossen am:	Datum: _____
wöchentliche Arbeitszeit	_____ je Woche _____ an Tagen
Urlaubsanspruch	_____ jährlich _____ bei Eintritt

Bescheinigungen elektronisch annehmen (Bea)

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

Entlohnung:

Entgelt	_____ monatlich _____ je Stunde
Arbeitgeber-Anteil VL	_____
Kontoführungsgebühr	_____
Fahrtkostenzuschuss	_____
- einfache Entfernung Wohnung/Arbeitsstätte	_____ km
sonstiges	

Angaben zur gesetzlichen Krankenversicherung:

Ich bin in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert:	
<input type="checkbox"/> ja, bei (Name und Ort der Krankenkasse)	<input type="checkbox"/> gesetzlich <input type="checkbox"/> freiwillig
	<input type="checkbox"/> nein, privat versichert bei Basisbeitrag / gesamter Beitrag € €
<input type="checkbox"/> nein, nicht versichert	

Hinweis für Schüler/Studenten:
 Bitte beachten Sie die Hinzuverdienstgrenzen im Rahmen der Familienversicherung.
 Auskunft hierzu erhalten Sie bei Ihrer Krankenkasse.

Angaben zum Lohnsteuerabzug:

Steuer	_____ / _____ / _____
- zuständiges Finanzamt / -Nummer	Steuerklasse / Kinderfreibeträge / Konfession
- Identifikationsnummer	
- sonstige Freibeträge	_____ jährlich _____ monatlich

Angaben zu weiteren Beschäftigungsverhältnissen:

Ich habe derzeit ein oder mehrere Beschäftigungsverhältnis(se) bei (einem) anderen Arbeitgeber(n):	
<input type="checkbox"/> nein	
<input type="checkbox"/> ja - Ich übe derzeit folgende Beschäftigungen aus (bei mehreren Beschäftigungen bitte Anlage beifügen):	
Arbeitgeber mit Adresse:	Die weitere Beschäftigung ist:
	<input type="checkbox"/> geringfügig entlohnt (bis 450,00 €)
	<input type="checkbox"/> nicht geringfügig entlohnt (über 450,00 €)

Ich versichere, dass die vorstehenden Angaben vollständig und richtig sind.

Ich versichere, neben dieser Beschäftigung keine selbstständige Erwerbstätigkeit auszuüben, die zum Ausschluss der Krankenversicherungspflicht als Arbeitnehmer führt.

Ich verpflichte mich, meinem Arbeitgeber alle Änderungen, insbesondere in Bezug auf weitere Beschäftigungen (Art, Dauer und Entgelt) unverzüglich mitzuteilen.

Ich willige ausdrücklich ein, dass mein Arbeitgeber unter Einhaltung der jeweils aktuellen datenschutzrechtlichen Vorschriften meine personenbezogenen Daten zum Zweck der Gehaltsabrechnung und damit der ordnungsgemäßen Vertragserfüllung verarbeitet und nutzt und erforderlichenfalls an Dritte (z. B. Steuerberater) weitergibt.

Ort, Datum

Unterschrift Arbeitnehmer

Wichtiger Hinweis für den Arbeitgeber:

Bitte lassen Sie sich eine Ausfertigung von Ihrem Arbeitnehmer unterschreiben.

Nehmen Sie eine unterschriebene Ausfertigung zu Ihren Lohnunterlagen.