

Personalfragebogen

- Bitte ergänzen Sie die fehlenden Angaben.
- Bei den mit * markierten Feldern handelt es sich um Pflichtangaben.
¹bei fehlender SV-Nummer Pflichtangabe

Arbeitgeber:

--

Allgemeine Angaben

Name*		Vorname*		Geschlecht* <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	
geb. am*	Geburtsname ¹		Geburtsort ¹		Staatsangehörigkeit*
Straße*			PLZ, Ort*		

IBAN		BIC		Bank	
Ausbildung als			Eingestellt als (Berufsbezeichnung)		
Höchster Schulabschluss <input type="checkbox"/> ohne <input type="checkbox"/> Haupt- oder Realschulabschluss <input type="checkbox"/> Mittlere Reife / POS <input type="checkbox"/> Abitur			Höchste Berufsausbildung <input type="checkbox"/> ohne <input type="checkbox"/> anerkannte Berufsausbildung <input type="checkbox"/> Meister/Techniker/Fachhochschule <input type="checkbox"/> Bachelor <input type="checkbox"/> Diplom bzw. Master		
Eintritt am					

Steuerliche Angaben

Steuerklasse*		Faktor (nur b. St.-Kl. 4)		Konfession*	
Identifikationsnummer*		Kinderfreibetrag*		<input type="checkbox"/> Hauptarbeitgeber <input type="checkbox"/> Nebenarbeitgeber	
<input type="checkbox"/> LSt-Freibetrag <input type="checkbox"/> Hinzurechnungsbetrag		Betrag jährlich €		Betrag monatlich €	
				Betrag gültig ab	

Sozialversicherungsrechtliche Angaben

Sozialversicherungsnummer*		haben/hatten Sie Kinder? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (bei ja bitte Geburtsurkunde beifügen)	
Gesetzliche Krankenversicherung (bei privat Versicherten für die Abführung der RV)*		Freiwillig Krankenversichert?*	
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Privat Krankenversichert?*		Gesamtbeitrag KV/PV €	
		Basisbeitrag KV/PV	

Status bei Beginn der Beschäftigung

<input type="checkbox"/> Arbeitnehmer/in <input type="checkbox"/> Beamten/Beamtin <input type="checkbox"/> Selbständige/r <input type="checkbox"/> Elternzeit <input type="checkbox"/> Hausfrau/Hausmann <input type="checkbox"/> Arbeitslosengeldbezieher <input type="checkbox"/> ALG II-/Sozialhilfeempfänger	<input type="checkbox"/> Schülern/Studenten <input type="checkbox"/> Studienbewerber/in <input type="checkbox"/> Student/in <input type="checkbox"/> Schüler/in <input type="checkbox"/> Wehr-/Zivildienstleistender <input type="checkbox"/> Rentner/in <input type="checkbox"/> Sonstige
--	--

Angaben zu weiteren Einnahmen* - Bitte ankreuzen:

Arbeitsentgelt aus einer anderen versicherungspflichtigen Beschäftigung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Entgelt in €
Wird eine geringfügige Beschäftigung ausgeübt?*	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	

Abrechnung

Bruttogehalt €		ab	Stundenlohn €		ab
Wöchentliche Arbeitszeit _____ Std.	Vertragsform <input type="checkbox"/> befristet bis _____ <input type="checkbox"/> unbefristet	Urlaubsanspruch _____ Tage	Schwerbehindert <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja – Grad der Behinderung: _____% (oder Kopie Behindertenausweis)		

Abrechnung

VWL / Direktversicherung bei			
Vertrags-Nr.	Betrag €	Zuschuss €	ab

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)