

Personalfragebogen

Firma:

Name

--	--

Persönliche Angaben

Familiename	Vorname	
Geburtsname	Geburtsort,-Land- <i>nur bei fehlender Versicherungsnummer</i>	
Geburtsdatum	Versicherungsnummer gem. Sozialvers.Ausweis	
Familienstand	Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	
Straße, Hausnummer		
PLZ, Ort	Schwerbehindert	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Staatsangehörigkeit		
Kontonummer (IBAN)	Bankleitzahl/Bankbezeichnung (BIC)	

Beschäftigung

Eintrittsdatum	Ersteintrittsdatum	Betriebsstätte	
Berufsbezeichnung		Ausgeübte Tätigkeit	
<input type="checkbox"/> Hauptbeschäftigung			
Üben Sie weitere Beschäftigungen aus? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Handelt es sich hierbei um eine geringfügige Beschäftigung? (weniger als 450,00 €) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Höchster Schulabschluss		Höchste Berufsausbildung	
<input type="checkbox"/> ohne Schulabschluss <input type="checkbox"/> Haupt-/Volksschulabschluss <input type="checkbox"/> Mittlere Reife/gleichwertiger Abschluss <input type="checkbox"/> Abitur/Fachabitur		<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	
Beginn der Ausbildung:	Voraussichtliches Ende der Ausbildung:		Im Baugewerbe beschäftigt seit
Wöchentliche Arbeitszeit: <input type="checkbox"/> Vollzeit <input type="checkbox"/> Teilz.	Ggf. Verteilung d. wöchentl. Arbeitszeit (Std.) Mo Di Mi Do Fr Sa So		Urlaubsanspruch (Kalenderjahr)
Kostenstelle	Abt.-Nummer		Personengruppe

Bescheinigungen elektronisch annehmen (Bea)

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

Personalfragebogen

Firma:

Name

--	--

Steuer

Identifikationsnr.	Finanzamt-Nr.	Steuerklasse/Faktor	Kinderfreibeträge	Konfession
--------------------	---------------	---------------------	-------------------	------------

Bitte beachten Sie, dass die Abrechnung bei fehlender Identifikationsnummer mit Steuerklasse 6 erfolgt

Sozialversicherung

Krankenkasse	Elterneigenschaft <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Pflichtversichert	Freiwillig gesetzlich	Privat	

Bitte geben Sie die genaue Bezeichnung der Krankenkasse an. (z.B. AOK Nordost)

VWL - nur notwendig wenn Vertrag vorliegt

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

Einzureichende Arbeitspapiere : (wenn vorhanden)

Arbeitsvertrag
Bescheinigung über LSt.-Abzug + ID-Nummer
Mitgliedsbescheinigung Krankenkasse !
Bescheinigung der privaten Krankenversicherung
VWL Vertrag
Nachweis Elterneigenschaft soweit kein Kinderfreibetrag auf Steuerkarte eingetragen
Vertrag Betriebliche Altersversorgung
Schwerbehindertenausweis

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	Bei Minderjährigen Unterschrift des gesetzlichen Vertreters
_____ Datum	_____ Unterschrift Arbeitgeber		