

Personalfragebogen

Dieser Personalfragebogen dient der Erfassung von Personaldaten für ein Lohnabrechnungsprogramm. Zur Wahrung der Aufbewahrungsfristen wird der ausgefüllte Personalfragebogen von dem Arbeitgeber/ der Lohnabrechnenden Stelle gespeichert.

Persönliche Angaben	Arbeitgeber: 							
<u>Familiename:</u> <u>ggf. Geburtsname:</u>	<u>Vorname/Geschlecht:</u> <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> d <input type="checkbox"/> m							
<u>Straße, Hausnummer:</u>	<u>PLZ, Ort:</u>							
<u>Geburtsdatum:</u>	<u>Familienstand:</u>							
<u>Sozialversicherungsnummer:</u>	<u>oder Geburtsort und -land:</u>							
<u>Staatsangehörigkeit:</u>	<u>schwerbehindert:</u> ja <input type="checkbox"/> (Kopie des nein <input type="checkbox"/> Ausweises beifügen)							
<u>Aufenthaltsgenehmigung:</u>	<u>Arbeitserlaubnis:</u>							
<u>Kontonummer / (IBAN):</u>	<u>Bankleitzahl / Bank (BIC):</u>							
Beschäftigung								
<u>Eintrittsdatum in den Betrieb:</u>	<u>Probezeit:</u> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Dauer der Probezeit: _____ Monate							
<u>Berufsbezeichnung:</u>	<u>Ausgeübte Tätigkeit:</u>							
<u>Diese Stelle ist Ihre</u> Hauptbeschäftigung <input type="checkbox"/> <u>oder eine</u> Nebenbeschäftigung <input type="checkbox"/>	<u>Üben Sie weitere Beschäftigungen aus?</u> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> <u>Handelt es sich hierbei um eine ge-</u> ja <input type="checkbox"/> <u>ringfügige Beschäftigung (Minijob)?</u> nein <input type="checkbox"/>							
<u>Höchster Schulabschluss:</u> - ohne Schulabschluss <input type="checkbox"/> - Haupt-/Volksschulabschluss <input type="checkbox"/> - Mittlere Reife/gleichwertiger Abschluss <input type="checkbox"/> - Abitur/Fachabitur <input type="checkbox"/>	<u>Höchste Berufsausbildung:</u> - ohne beruflichen Ausbildungsabschluss <input type="checkbox"/> - anerkannte Berufsausbildung <input type="checkbox"/> - Meister/Techniker/gleichwertiger Abschluss <input type="checkbox"/> - Bachelor <input type="checkbox"/> - Diplom/Magister/Master/Staatsexamen <input type="checkbox"/> - Promotion <input type="checkbox"/>							
<u>a) Vertragliche Arbeitszeit:</u> _____ Std je Woche oder _____ Std je Monat	<u>b) Verteilung der Arbeitszeit (in Stunden/Woche):</u> <table border="1" style="display: inline-table; margin-right: 20px;"> <tr><td>Montag</td></tr> <tr><td>Mittwoch</td></tr> <tr><td>Freitag</td></tr> <tr><td>Sonntag</td></tr> </table> <table border="1" style="display: inline-table;"> <tr><td>Dienstag</td></tr> <tr><td>Donnerstag</td></tr> <tr><td>Samstag</td></tr> </table>	Montag	Mittwoch	Freitag	Sonntag	Dienstag	Donnerstag	Samstag
Montag								
Mittwoch								
Freitag								
Sonntag								
Dienstag								
Donnerstag								
Samstag								
<u>Urlaubsanspruch (je Kalenderjahr):</u> _____ Tage								

Bitte unterschrieben zurück an:

Befristung

Das Arbeitsverhältnis ist befristet: ja nein bis zum: _____

Steuer

Identifikations-Nr.:	Steuerklasse:	Faktor:
Kinderfreibeträge:	Freibetrag:	Konfession:

Bescheinigungen elektronisch annehmen (Bea)

Ich widerspreche der elektronischen Übermittlung von Arbeits- und Nebeneinkommensbescheinigungen an die Bundesagentur für Arbeit

Sozialversicherung

<p><u>Wie sind Sie krankenversichert?</u></p> <p>- gesetzlich <input type="checkbox"/> - privat <input type="checkbox"/></p> <p>--> freiwillig gesetzlich <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/></p>	<p><u>Haben Sie Kinder?</u> (leibl., Stief-, Adoptivkinder)</p> <p>- ja <input type="checkbox"/> - nein <input type="checkbox"/></p> <p>Bitte Geburtsurkunde beifügen</p>	<p><u>Name Ihrer Krankenkasse/privaten Versicherung:</u></p> <p>_____</p> <p>- bei Privatversicherung: Zuletzt gesetzlich versichert bei:</p> <p>_____</p>
---	---	--

Wie sind Sie rentenversichert?

- Ich bin gesetzlich rentenversichert (in der Deutsche Rentenversicherung).

- Ich bin Mitglied einer berufsständischen Versorgungseinrichtung (z.B. Ärzteversorgung).

-- Im Fall einer berufsständischen Versorgung:

--- Bezeichnung der Einrichtung / Anschrift: _____

--- Mitgliedsnummer: _____

--- Befreiungsbescheid von Deutscher Rentenversicherung ist beigefügt: **(Wichtig: Rechtzeitig Neuantrag bei Stellenwechsel stellen!)**

Entlohnung

Bezeichnung:	Betrag:	gültig ab:
Bezeichnung:	Betrag:	gültig ab:

Vermögenswirksame Leistungen (Antrag des Institutes zwingend notwendig)

Bezeichnung:	Betrag:	gültig ab:
--------------	---------	------------

Betriebliche Altersversorgung (Vertrag des Institutes zwingend notwendig)

Bezeichnung:	Betrag:	gültig ab:
--------------	---------	------------

Beigefügte Arbeitspapiere / Unterlagen (bitte Kopien einreichen)

- Arbeitsvertrag (mit Unterschriften)	<input type="checkbox"/>	ist beigefügt	(zwingend erforderlich zur Berechnung des Zuschlages zur Pflegeversicherung)
- Geburtsurkunde Ihres Kindes	<input type="checkbox"/>	ist beigefügt	
- VWL-Vertrag	<input type="checkbox"/>	ist beigefügt	
- Sonstiges	<input type="checkbox"/>	ist beigefügt	
- Aufenthaltsgenehmigung u. Arbeitsbescheinigung	<input type="checkbox"/>	ist beigefügt	

Erklärung der Arbeitnehmerin / 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(in)_____
Datum_____
Unterschrift Arbeitgeber

Bitte unterschrieben zurück an:

Steuerberater Dr. Weigl & Bormann PartG mbB | Lütke Berg 4 - 6 | 48341 Altenberge
Telefon 02505/9354-0 | Fax 02505/9354-19 | lohn@stbweigl.de