

Personalfragebogen steuer- und sozialvers.pfl. Beschäftigung

Bitte alle Felder ausfüllen.

(grau hinterlegte Felder sind vom Arbeitgebenden auszufüllen)

Firma:

Name des ArbeitnehmerIn

Personal-Nr. / Kostenstelle

Dieser Personalfragebogen dient zur Erfassung von Personaldaten für das Lohnabrechnungsprogramm. Zur Wahrung der Aufbewahrungsfrist werden er und die Angaben vom Arbeitgebenden / der Lohnabrechnenden Stelle gespeichert.

Persönliche Angaben

Familienname	Vorname	
Straße und Hausnummer inkl. Anschriftenzusatz	PLZ, Ort	
Geburtsdatum	Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers <input type="checkbox"/> unbestimmt	
Staatsangehörigkeit	Schwerbehindert	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Bankverbindung Kreditinstitut	BIC	
IBAN _____		

Status bei Beginn der Beschäftigung

<input type="checkbox"/> Arbeitnehmer/in	<input type="checkbox"/> Beamtin/Beamter	<input type="checkbox"/> Schulentlassene/r	<input type="checkbox"/> ALG-/Sozialhilfeempfänger/in
<input type="checkbox"/> Arbeitnehmer/in in Elternzeit	<input type="checkbox"/> Hausfrau/Hausmann	<input type="checkbox"/> Selbständige/r	<input type="checkbox"/> Studienbewerber/in
<input type="checkbox"/> Arbeitslose/r	<input type="checkbox"/> Schüler/in	<input type="checkbox"/> Student/in	<input type="checkbox"/> Freiwilligendienstleistende/r
<input type="checkbox"/> Rentner/in	<input type="checkbox"/> Sonstige:.....		

Beschäftigung

Eintrittsdatum		Ersteintrittsdatum	
Berufsbezeichnung		Ausgeübte Tätigkeit	
<input type="checkbox"/> Hauptbeschäftigung <input type="checkbox"/> Nebenbeschäftigung		Probezeit: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Dauer der Probezeit: _____	
Wöchentliche Arbeitszeit: <input type="checkbox"/> Vollzeit <input type="checkbox"/> Teilzeit _____ Std/Woche		Ggf. Verteilung d. wöchentl. Arbeitszeit (Std.) Mo Di Mi Do Fr Sa So	
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	

Entlohnung

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

Üben Sie derzeit oder haben Sie bisher im aktuellen Kalenderjahr eine weitere Beschäftigung ausgeübt? ja nein

Wenn ja, weitere Angaben zur Beurteilung der sozialversicherungsrechtlichen Behandlung:

Zeitraum	Arbeitgeber (freiwillig)	Art der Tätigkeit	Wöchentliche Arbeitszeit
von: bis:		<input type="checkbox"/> geringfügig entlohnt <input type="checkbox"/> nicht geringfügig entlohnt <input type="checkbox"/> kurzfristig beschäftigt	
von: bis:		<input type="checkbox"/> geringfügig entlohnt <input type="checkbox"/> nicht geringfügig entlohnt <input type="checkbox"/> kurzfristig beschäftigt	

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	

Steuer

Identifikationsnr. ____ _	Steuerklasse/Faktor	Kinderfreibeträge	Konfession
------------------------------	---------------------	-------------------	------------

Sozialversicherung

Gesetzliche Krankenkasse (bei privater KK: letzte gesetzliche)	Anzahl Kinder:(Geb.urkunden beifügen) <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 70%; text-align: center;">..... Name</td> <td style="width: 30%; text-align: center;">..... Geburtsdatum</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">..... Name</td> <td style="text-align: center;">..... Geburtsdatum</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">..... Name</td> <td style="text-align: center;">..... Geburtsdatum</td> </tr> </table> Name Geburtsdatum Name Geburtsdatum Name Geburtsdatum
..... Name Geburtsdatum						
..... Name Geburtsdatum						
..... Name Geburtsdatum						
Sozialversicherungsnummer (gem. Sozialvers.Ausweis) ____ _	<u>bei fehlender Sozialversicherungsnummer:</u> Geburtsort Geburtsland Geburtsname						

Angaben zu den Arbeitspapieren

Arbeitsvertrag	<input type="checkbox"/> liegt vor	<input type="checkbox"/> nicht erforderlich	<input type="checkbox"/> wird nachgereicht
Bescheinigung über Lohnsteuer-Abzug	<input type="checkbox"/> liegt vor	<input type="checkbox"/> nicht erforderlich	<input type="checkbox"/> wird nachgereicht
SV-Ausweis	<input type="checkbox"/> liegt vor	<input type="checkbox"/> nicht erforderlich	<input type="checkbox"/> wird nachgereicht
Mitgliedsbescheinigung Krankenkasse	<input type="checkbox"/> liegt vor	<input type="checkbox"/> nicht erforderlich	<input type="checkbox"/> wird nachgereicht
Bescheinigung der privaten Krankenversicherung	<input type="checkbox"/> liegt vor	<input type="checkbox"/> nicht erforderlich	<input type="checkbox"/> wird nachgereicht
Nachweis Elterneigenschaft	<input type="checkbox"/> liegt vor	<input type="checkbox"/> nicht erforderlich	<input type="checkbox"/> wird nachgereicht
Immatrikulationsbescheinigung	<input type="checkbox"/> liegt vor	<input type="checkbox"/> nicht erforderlich	<input type="checkbox"/> wird nachgereicht
Schwerbehindertenausweis	<input type="checkbox"/> liegt vor	<input type="checkbox"/> nicht erforderlich	<input type="checkbox"/> wird nachgereicht

Erklärung des Arbeitnehmenden: Ich versichere, dass die vorstehenden Angaben der Wahrheit entsprechen. Ich verpflichte mich, meinem/r ArbeitgeberIn alle Änderungen, insbesondere in Bezug auf weitere Beschäftigungen (in Bezug auf Art, Dauer und Entgelt) unverzüglich mitzuteilen.

Datum	Unterschrift Arbeitnehmer/in	Datum	Bei Minderjährigen Unterschrift des/der gesetzlichen VertreterIn
Datum	Unterschrift Arbeitgeber/in		