

Personalfragebogen (mit * markierte Felder sind Pflichtangaben!)

FIRMA:

Angaben für neue Arbeitnehmer
(Minijob/geringfügig Beschäftigte, kurzfristig Beschäftigte)

Personalnummer:

--

Persönliche Angaben:

Familienname*		Vorname*		Geburtsname*		Geburtsort*	
Straße und Hausnummer*				Postleitzahl/Ort*			
Versicherungsnummer* (gem. Sozialvers.Ausweis)				Geburtsdatum*		<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	
				Verheiratet ?*		Staatsangehörigkeit*	
				<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Kontonummer				Bankleitzahl/Bankbezeichnung			

Beschäftigung

Ausgeübte Tätigkeit* ("Aushilfe" ist keine Tätigkeit!)				Berufsbezeichnung*			
Ausbildung*	Volks-/Hauptschule			<input type="checkbox"/>		Berufsausbildung*	<input type="checkbox"/> mit <input type="checkbox"/> ohne
	mittlere Reife			<input type="checkbox"/>			
	Abitur			<input type="checkbox"/>			
	Fachschule/Fachhochschule			<input type="checkbox"/>			
	Universitätsabschluss			<input type="checkbox"/>			
Wöchentliche Arbeitszeit*				Eintrittsdatum*			

Status bei Beginn der Beschäftigung*

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

Lohnsteuerkarte (falls vorhanden bitte folgende Felder ausfüllen)

Gemeinde lt. Steuerkarte		Finanzamt Nummer lt. Steuerkarte	
Steuerklasse	Identifikationsnummer	Anzahl der Kinderfreibeträge	Konfession

Personalfragebogen (mit * markierte Felder sind Pflichtangaben!)

FIRMA: _____

Sozialversicherung

Krankenkasse * In der gesetzlichen Krankenversicherung versichert	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Name der Krankenkasse*
Optionsrecht für die Aufstockung der RV Beiträge (§ 5 Abs. 2 Satz 2 SGB VI)* (entfällt bei kurzfristiger Beschäftigung)		<input type="checkbox"/> der AN möchte die RV-Beiträge aufstocken <input type="checkbox"/> der AN möchte die RV-Beiträge nicht aufstocken

Entlohnung

Bezeichnung*	Betrag*	
Bezeichnung*	Betrag*	Stundenlohn*

Angaben zu weiteren Beschäftigungen (bei kurzfristig Beschäftigten auch zu Vorbeschäftigungen aus dem Vorjahr):

Zeitraum	Arbeitgeber	Art der Tätigkeit	Wöchentliche Arbeitszeit
		<input type="checkbox"/> geringfügig entlohnt <input type="checkbox"/> nicht geringfügig entlohnt <input type="checkbox"/> kurzfristig beschäftigt	
		<input type="checkbox"/> geringfügig entlohnt <input type="checkbox"/> nicht geringfügig entlohnt <input type="checkbox"/> kurzfristig beschäftigt	

Angaben zu den Arbeitspapieren

• Arbeitsvertrag	liegt vor*	<input type="checkbox"/>	liegt bei	<input type="checkbox"/>
• Lohnsteuerkarte/Anzahl der Beschäftigungstage bei Vorarbeitgebern	Anzahl der BtG*		liegt bei	<input type="checkbox"/>
• SV-Ausweis	hat vorgelegen*	<input type="checkbox"/>	Kopie liegt bei	<input type="checkbox"/>
• VL Vertrag			liegt bei	<input type="checkbox"/>
• Schul-/Studienbescheinigung			liegt bei	<input type="checkbox"/>
• Unterlagen Sozialkasse Bau/Maler	liegt vor	<input type="checkbox"/>	liegt bei	<input type="checkbox"/>

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