

Personalfragebogen

Pers.Nr.:

Angaben zur Person

Vorname:

Name:

Straße / Hausnr.:

Anschriftezusatz:

PLZ / Ort:

Geburtsdatum:

Staatsangehörigkeit:

Geburtsname:

Geburtsort:

Geburtsland:

Arbeitgeber:

Geschlecht: männlich
 weiblich
 unbestimmt
 divers

Familienstand: verheiratet
 nicht verheiratet

Eintrittsdatum

Beschäftigungsart:

Beschäftigungsort:

Aufenthaltsgenehmigung von: bis:

Arbeitslaubnis von: bis:

Bitte Nachweis einreichen!
Bitte Nachweis einreichen!

Telefon-Nr.:

E-Mail-Adresse:

Zahlungsart / Bankverbindung

IBAN:

SWIFT-BIC:

Bankname:

Angaben zur Entlohnung

Lohn / Gehalt brutto in Höhe von:

Stundenlohn brutto in Höhe von:

Arbeitsvertrag beifügen!

Vereinbarte Arbeitszeit

wöchentlich: Stunden

täglich: Mo Stunden
Di Stunden
Mi Stunden
Do Stunden
Fr Stunden
Sa Stunden

Steuerliche Merkmale

Steuer IdNr.:

Steuerklasse:

Konfession:

Freibeträge:

Kinder Freibetrag:

Hauptbeschäftigung? ja nein

Ausübung weiterer Beschäftigung? ja, Minijob nein
 ja, kurzfristig beschäftigt
 ja, sozialversicherungspflichtig

Angaben zur Sozialversicherungspflicht

Höchster Schulabschluss:

Höchster Ausbildungsabschluss:

Vertragsform: Vollzeit Teilzeit

Arbeitsvertrag ist befristet: ja nein

Wenn ja, befristet bis:

Student: ja nein **Wenn ja: Immatrikulationsbescheinigung beifügen!**

Rentenbezieher: ja nein

Sozialversicherungsnr.:

ZVK-Arbeitnehmer:

Saisonarbeitnehmer: ja nein

Statuskennzeichen: Ehegatte, eingetragener Lebenspartner nach LPartG oder Abkömmling des Arbeitgebers
 Geschäftsführender Gesellschafter einer GmbH

Schwerbehindert: ja nein **Wenn ja: Bescheinigung beifügen / Schwerbehindertenausweis!**
Wenn ja, Binderungsrgrad in %:

Praktikant: ja nein

vorgeschriebenes Praktikum: ja nein

Angaben zur Pflegeversicherung

Elterneigenschaft liegt vor: ja (lt. beigefügtem Geburtsnachweis)
 nein

Kinder:

	Name, Vorname	Geschlecht	Geburtsdatum	Steuer-ID
1. Kind	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2. Kind	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3. Kind	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4. Kind	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Krankenkasse:

- pflichtversichert
- freiwillig versichert Selbstzahler Firmenzahler
- privat versichert **Bitte Nachweis einreichen!**
- bereits am 31.12.2002 wegen Überschreitens der Jahresarbeitsentgeltgrenze versicherungsfrei

Gesamtbetrag private (§ 257 SGB V) KV: PV:

Basisabsicherung privat (§ 10 EstG) KV: PV:

Angaben zur Rentenversicherung

- es besteht Beitragspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung
- es besteht Beitragspflicht bei nachstehendem berufsständischen Versorgungswerk:
 Mitgliedsnr.: HV-Beitrag:
- es liegt eine Verzichtserklärung auf die Versicherungsfreiheit vor (nur Altersvollrentner)

Angaben zu Vermögenswirksamen Leistungen (VWL)

kein Vertrag

Spar- / Überweisungsbetrag	
Swift-BIC:	
Bausparinstitut:	
IBAN:	
Vertragsnummer:	
VWL AG-Anteil in Höhe von:	
Beginn der Zahlung:	

Angaben zu Altersvorsorgeverträgen

keine

- Direktversicherung
 Pensionskasse
 Pensionsfond
 Direktzusage
 Unterstützungskasse

Bitte Kopie der Versicherungspolice und der Entgeltumwandlungsvereinbarung beifügen!

Arbeitgeberanteil:
 monatlich
 vierteljährlich
 halbjährlich
 jährlich
 Arbeitgeberanteil (Entgeltumw.)
 monatlich
 vierteljährlich
 halbjährlich
 jährlich

Beigefügte Unterlagen des Arbeitnehmers

VWL-Vertrag	<input type="radio"/> Original	<input type="radio"/> Kopie
Altersvorsorge-Vertrag	<input type="radio"/> Original	<input type="radio"/> Kopie
Pfändungsverfügung	<input type="radio"/> Original	<input type="radio"/> Kopie
Geburtsnachweis Kind	<input type="radio"/> Original	<input type="radio"/> Kopie
Bescheinigung private Krankenkasse	<input type="radio"/> Original	<input type="radio"/> Kopie
Arbeitsvertrag	<input type="radio"/> Original	<input type="radio"/> Kopie
Schwerbehindertenausweis	<input type="radio"/> Original	<input type="radio"/> Kopie
Bescheinigung über gewährten / abgeholten Urlaub des vorigen Arbeitgebers	<input type="radio"/> Original	<input type="radio"/> Kopie
Sonstige: <input type="text"/>	<input type="radio"/> Original	<input type="radio"/> Kopie

Sonstige Angaben

Bestätigung des Arbeitnehmers

Hiermit versichere ich, die Angaben wahrheitsgemäß gemacht zu haben. Jede Änderung, insbesondere in Bezug auf weitere Beschäftigungen (Art, Dauer und Entgelt), werde ich meinem Arbeitgeber unverzüglich mitteilen.

(Datum / Unterschrift)

Bestätigung des Arbeitgebers

(Sachbearbeiter)

(Datum / Firmenstempel)