**Personalfragebogen - Arbeitnehmerteil**

**Personal-Nr:**

**Persönliche Angaben**

**Name:**

**Straße/ Hausnummer (ggf. Adresszusatz):**

**Vorname:**

**PLZ/ Ort (ggf. Land)**

**Geburtsdatum:**

**Geburtsort:**

**Geburtsland**

**Geburtsname:**

**Geschlecht:**

männlich  weiblich  divers

**Staatsangehörigkeit:**

**Familienstand:**

**Name der Bank:**

**IBAN:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Aufenthalts/ Arbeitsgenehmigung:**

nicht erforderlich

gültig bis:       (Nachweis beifügen!)

**Schwerbehinderung:**

nein

ja (Nachweis beifügen!)

**Höchster Schulabschluss:**

ohne Schulabschluss

Haupt-/Volksschulabschluss

Mittlere Reife/ gleichwertiger Abschluss

Abitur/ Fachabitur

Sonstiges:

**Höchste Berufsausbildung:**

ohne beruflichen Abschluss

Anerkannte Berufsausbildung

Meister/ Techniker/ gleichwertiger Abschluss

Bachelor

Diplom/ Magister/ Master/ Staatsexamen

Promotion

**Steuerangaben**

**Steueridentifikationsnummer:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Steuerklasse:**

1  2  3  4

5  6  4 mit Faktor

**Kinderfreibetrag:**

**Beschäftigungsverhältnis:**

Hauptbeschäftigung

Nebenbeschäftigung

**Konfession (ggf. Konfession Ehegatte):**

      /

**Sozialversicherungsangaben**

**Sozialversicherungsnummer/ Rentenversicherungsnummer:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | noch keine vorhanden und soll  beantragt werden |

**Art der Krankenversicherung:**

privat versichert (Nachweis beifügen!)

Waren Sie bereits am 31.12.2002 als Arbeitnehmer privat krankenversichert?

ja  nein

Letzte gesetzliche Krankenkasse:

freiwillig gesetzlich versichert (Nachweis beifügen!)

Firmenzahler  Selbstzahler

gesetzlich versichert

eigene Mitgliedschaft  Familienversicherung

**Name der Krankenkasse:**

**Kinder, für die eine Elterneigenschaft nachgewiesen werden kann (Nachweis beifügen!)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Vorname | Name | Geburtsdatum |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**Beschäftigungsdaten**

**Status bei Beginn der Beschäftigung:**

Arbeitnehmer/in mit sozialversicherungspflichtiger Hauptbeschäftigung

im unbezahlten Urlaub in der Hauptbeschäftigung

in Elternzeit in der Hauptbeschäftigung

Selbstständige(r)

Beamter/in

Altersvollrentner(in)

vor Erreichen der Regelaltersgrenze

nach Erreichen der Regelaltersgrenze

Versorgungsbezugsempfänger nach Erreichen der Regelaltersgrenze

Schüler

Student

Werkstudent

Freiwilligendienstleistender

Schulentlassener

mit Berufsausbildungsabsicht

mit Studienabsicht

mit Freiwilligendienstabsicht

ohne Beschäftigung

nicht bei der Agentur für Arbeit gemeldet

bei der Agentur für Arbeit gemeldet

mit Leistungsbezug

ohne Leistungsbezug

Sonstiges:

**Es besteht/bestehen derzeit folgende/s Beschäftigungsverhältnis/se bei einem/anderen Arbeitgeber/n:**

nein

ja (bitte unten ausfüllen!)

Arbeitgeber (freiwillig):        geringfügig entlohnt

Beschäftigungsbeginn:       mit Eigenanteil zur RV:  ja  nein

Vereinbarte Wochenstunden:        kurzfristig entlohnt (AT dieses Kalenderjahr:      )

Bruttoarbeitsentgelt (€):        sozialversicherungspflichtige Beschäftigung

Arbeitgeber (freiwillig):        geringfügig entlohnt

Beschäftigungsbeginn:       mit Eigenanteil zur RV:  ja  nein

Vereinbarte Wochenstunden:        kurzfristig entlohnt (AT dieses Kalenderjahr:      )

Bruttoarbeitsentgelt (€):        sozialversicherungspflichtige Beschäftigung

**Erklärung der beschäftigten Person:**

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 beschäftigte Person Unterschrift des/der gesetzlichen Vertreter/s

(bei Minderjährigen)

**Personalfragebogen - Arbeitgeberteil**

**Personal-Nr:**

**Beschäftigung**

**Eintrittsdatum (ggf Ersteintrittsdatum):**

      /

**Ausgeübte Tätigkeit/ Berufsbezeichnung:**

**Befristung:**

ja, bis

nein

**Probezeit:**

ja, bis

nein

**Urlaubsanspruch (Tage/Jahr):**

**Vereinbarte Wochenarbeitsstunden:**

**Verteilung der Arbeitszeit (Stunden):**

Mo:       Sa:

Di:       So:

Mi:

Do:

Fr:

**Betriebsstätte:**

Hauptbetriebsstätte

andere Betriebsstätte:

**Entlohnung**

**Stundenlohn (€):**

**Gehalt/ Festlohn (€):**

**Sonstige regelmäßige Gehaltsbestandteile:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Bezeichnung | Betrag (€) | Auszahlungsmonat |
|  |  |  |
|  |  |  |

**Geplante Einstellung als**

sozialversicherungspflichtige Beschäftigung  geringfügige Beschäftigung (Minijob)

Auszubildende/r / Einstiegsqualifizierung  Werkstudent/in

kurzfristige Beschäftigung (70 AT/ 3 Monate)  Freiwilligendienstleistende/r

Pflicht-Zwischenpraktikum (Nachweis beifügen!)  Sonstiges:

**Beigefügte Unterlagen**

**Zwingend erforderliche Unterlagen:**  Kopie Arbeitsvertrag

**Falls zutreffend, bitte noch folgende Unterlagen beifügen:** Nachweis private Krankenversicherung  Kopie Rentenbescheid

Nachweis Elterneigenschaft  Kopie Aufenthalts-/ Arbeitsgenehmigung

(z.B. Kopie Geburts-/ Adoptionsurkunde)  Kopie Schwerbehindertenausweis

Vertrag Vermögenswirksame Leistungen  Vertrag Betriebliche Altersvorsorge

Nachweis Berufsständiges Versorgungswerk  Statusfeststellungsverfahren

(nur mit Nachweis Befreiung DRV) (Gesellschafter-Geschäftsführer/in)

Schulbescheinigung/ Studienbescheinigung  Rentenversicherungsbefreiung, wenn

(Werkstudent/in, kurzfristige Beschäftigung) gewünscht (Minijob)

      \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum Unterschrift Arbeitgeber/in