

Personalfragebogen



Arbeitgeber: (Name + Anschrift)

Mandantenummer:

Persönliche Angaben:

| | |
|--|---|
| Familienname ggf. Geburtsname: | Vorname: |
| Straße und Hausnummer inkl. Anschriftenzusatz: | PLZ, Ort: |
| Geburtsdatum: | Geschlecht: <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich |
| Familienstand: | Kinder: <input type="checkbox"/> ja (Bescheinigung beilegen) |
| Geburtsort, -land: | Schwerbehindert: <input type="checkbox"/> ja (Ausweis vorlegen) <input type="checkbox"/> nein |
| Staatsangehörigkeit: | |
| IBAN: | Telefon: |

Hinweis: Arbeitnehmer sind nach § 2a Schwarzarbeitsbekämpfungsgesetz verpflichtet, stets ihren Personalausweis mitzuführen und den Behörden der Zollverwaltung auf Verlangen vorzulegen.

Beschäftigung:

| | |
|---|--|
| Eintrittsdatum: | |
| Ausgeübte Tätigkeit: | |
| Arbeitsort (wenn abweichend vom Firmensitz): | Anzuwendende Tarifverträge: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, _____ |
| Schulbildung: <input type="checkbox"/> Ohne Schulabschluss <input type="checkbox"/> Volks-/Hauptschule <input type="checkbox"/> Mittlere Reife oder gleichwertig <input type="checkbox"/> Abitur/Fachabitur <input type="checkbox"/> Abschluss unbekannt | Berufsausbildung: <input type="checkbox"/> Ohne beruflichen Ausbildungsabschluss <input type="checkbox"/> Abschluss einer anerkannten Berufsausbildung <input type="checkbox"/> Meister, Techniker oder gleichwertig <input type="checkbox"/> Bachelor <input type="checkbox"/> Diplom/Magister/Master/Staatsexamen <input type="checkbox"/> Promotion <input type="checkbox"/> Abschluss unbekannt |
| <input type="checkbox"/> kein Leiharbeitsverhältnis | <input type="checkbox"/> Leiharbeitsverhältnis |
| Beginn der Ausbildung: | voraussichtl. Ende der Ausbildung: |
| wöchentl./tägl. Arbeitszeit: | Urlaubsanspruch (Kalenderjahr): |

Entlohnung:

| | | | | |
|--------------|---------|------------|--------------|------------|
| mtl.Entgelt: | Betrag: | gültig ab: | Stundenlohn: | gültig ab: |
| mtl.Entgelt: | Betrag: | gültig ab: | Stundenlohn: | gültig ab: |

Befristung:

| | |
|---|------------------------------------|
| Das Arbeitsverhältnis ist befristet: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | vertragliches Ende der Befristung: |
| Der befristete Arbeitsvertrag wurde schriftlich abgeschlossen: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Abschluss des Arbeitsvertrages am: |
| <input type="checkbox"/> Die Befristung ist für mindestens 2 Monate mit Aussicht auf Weiterbeschäftigung | |

Steuer:

| | | | |
|----------------------|--------------------|-------------|------------------------|
| Steuerklasse/Faktor: | Kinderfreibeträge: | Konfession: | Identifikationsnummer: |
|----------------------|--------------------|-------------|------------------------|

Sozialversicherung:

| |
|---|
| Name der Krankenkasse: _____ |
| <input type="checkbox"/> gesetzlich <input type="checkbox"/> freiwillig <input type="checkbox"/> privat (Bescheinigung beifügen) |
| Versicherungsnummer (gem. Sozialversicherungsnachweis): |
| Mitglied in einer berufsständischen Versorgungseinrichtung: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (Bescheinigung beilegen) |

Gleitzone: (nur auszufüllen bei monatl. Entgelt zwischen 450,01 und 850,00 €)

| |
|---|
| Für die Berechnung der Beiträge des Arbeitnehmers als beitragspflichtiges Entgelt wird nicht das tatsächliche, sondern ein reduziertes Arbeitsentgelt zugrunde gelegt. In der Rentenversicherung haben Arbeitnehmer die Möglichkeit auf die Reduzierung des beitragspflichtigen Arbeitsentgelts zu verzichten und stattdessen den vollen Arbeitnehmerbeitrag zu zahlen. Durch den Verzicht auf die Anwendung der Gleitzone-Regelung in der Rentenversicherung werden die damit verbundenen rentenmindernden Auswirkungen vermieden. |
| Ich erkläre, dass die <input type="checkbox"/> Beitragsberechnung zur Rentenversicherung nach der Gleitzone-Regelung angewendet werden soll. <input type="checkbox"/> Beitragsberechnung zur Rentenversicherung vom tatsächlichen Arbeitsentgelt vorgenommen werden soll. Diese Erklärung ist bindend und kann bei mehreren Beschäftigungen nur einheitlich abgegeben werden. |

Angaben zu steuerpflichtigen Vorbeschäftigungszeiten im laufenden Kalenderjahr:

(=Zeiträume in denen unter Vorlage der Lohnsteuerkarte gearbeitet wurde)

| Zeitraum von: | Zeitraum bis: | Art der Beschäftigung: | Anzahl der Beschäftigungstage: |
|---------------|---------------|------------------------|--------------------------------|
| | | | |
| | | | |

Angaben zu den Arbeitspapieren:

| | | |
|---|--|--|
| ➤ Arbeitsvertrag | <input type="checkbox"/> wird nachgereicht | <input type="checkbox"/> liegt bei |
| ➤ Mitgliedsbescheinigung Krankenkasse | <input type="checkbox"/> wird nachgereicht | <input type="checkbox"/> liegt bei |
| ➤ VWL Vertrag | <input type="checkbox"/> ja (Vertrag vorlegen) | <input type="checkbox"/> nein |
| ➤ Nachweis Elterneigenschaft | <input type="checkbox"/> wird nachgereicht | <input type="checkbox"/> liegt bei |
| ➤ Vertrag Betriebliche Altersversorgung | <input type="checkbox"/> ja (Vertrag vorlegen) | <input type="checkbox"/> nein |
| ➤ Erklärung über die Verdienste bei Vorbeschäftigung <small>(Zur Beurteilung d. Versicherungsfreiheit in der Krankenversicherung)</small> | <input type="checkbox"/> wird nachgereicht | <input type="checkbox"/> liegt bei |
| ➤ Schwerbehindertenausweis | <input type="checkbox"/> wird nachgereicht | <input type="checkbox"/> Kopie liegt bei |
| ➤ Bescheinigung berufsständische Versorgungseinrichtung | <input type="checkbox"/> wird nachgereicht | <input type="checkbox"/> liegt bei |
| ➤ Anzahl der unterhaltspflichtigen Personen | <input type="checkbox"/> keine | _____ Personen |

Ich erkläre, vorherstehende Angaben wahrheitsgemäß gemacht zu haben. Mir ist bekannt, dass ein Widerruf dieser für die Dauer der Beschäftigungsverhältnisse nicht möglich ist. Ich verpflichte mich, alle Veränderungen, die die Beantwortung vorstehender Fragen betreffen, meinem Arbeitgeber unverzüglich mitzuteilen. Bei unwahren Angaben oder Verletzungen meiner Anzeigepflichten erkläre ich mich bereit, die vom Sozialversicherungsträger oder Finanzamt nachgeforderten Beträge zu erstatten.

Datum

Unterschrift Arbeitnehmer

Unterschrift Arbeitgeber