

Personalfragebogen

kurzfristig Beschäftigte



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:	Schwerbehindert: <input type="checkbox"/> ja (Ausweis vorlegen) <input type="checkbox"/> nein
Geburtsort, -land:	
Staatsangehörigkeit:	Barzahlung <input type="checkbox"/> ja
IBAN:	Telefon:

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

Beschäftigung: Befristet bis _____ Unbefristet

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
wöchentl./tägl. Arbeitszeit:	Urlaubsanspruch (Kalenderjahr):

Entlohnung:

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

Steuer:

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

Sozialversicherung:

Krankenkasse: _____
<input type="checkbox"/> gesetzl. <input type="checkbox"/> freiwillig <input type="checkbox"/> privat (Bescheinigung beifügen)
Versicherungsnummer (gem. Sozialversicherungsnachweis):

Hauptbeschäftigung:

<input type="checkbox"/> Arbeitnehmer/in <input type="checkbox"/> Arbeitnehmer/in in Elternzeit <input type="checkbox"/> Arbeitslose/r <input type="checkbox"/> Beamtin/Beamter <input type="checkbox"/> Hausfrau/Hausmann	<input type="checkbox"/> Schüler/in (Beschein. beifügen) <input type="checkbox"/> Schulentlassen/r <input type="checkbox"/> Selbstständige/r <input type="checkbox"/> Student/in (Beschein. beifügen) <input type="checkbox"/> Sozialhilfeempfänger/in	<input type="checkbox"/> Studienbewerber/in <input type="checkbox"/> Wehr-/Zivildienstleistende/r <input type="checkbox"/> Rentner/in <input type="checkbox"/> Sonstige:
--	--	---

Angaben zu weiteren Beschäftigungen: (auch aus dem Vorjahr)

Eine weitere Beschäftigung wird nicht ausgeübt

Folgende weiteren Beschäftigungen werden z. Zt. oder wurden ausgeübt

Zeitraum von bis	Arbeitgeber	Art der Tätigkeit	Wöchentliche Arbeitszeit	Entgelt mtl.
		<input type="checkbox"/> kurzfristige Beschäftigung <input type="checkbox"/> sv-pfl. Beschäftigung <input type="checkbox"/> Minijob bis 450 €		
		<input type="checkbox"/> kurzfristige Beschäftigung <input type="checkbox"/> sv-pfl. Beschäftigung <input type="checkbox"/> Minijob bis 450 €		

Angaben zu den Arbeitspapieren:

➤ Arbeitsvertrag	<input type="checkbox"/> wird nachgereicht	<input type="checkbox"/> liegt bei
➤ Schwerbehindertenausweis	<input type="checkbox"/> wird nachgereicht	<input type="checkbox"/> Kopie liegt bei
➤ Schul-/Studienbescheinigung	<input type="checkbox"/> wird nachgereicht	<input type="checkbox"/> Kopie liegt bei
➤ Mitgliedsbescheinigung private Krankenversicherung	<input type="checkbox"/> wird nachgereicht	<input type="checkbox"/> liegt bei

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