

## Personalfragebogen Auszubildende

- Umfang: 3 Seiten; bitte vollständig einreichen -

Dieser Personalfragebogen dient der Erfassung Ihrer Personaldaten für ein Lohnabrechnungsprogramm (SBS). Zur Wahrung der Aufbewahrungsfristen wird der ausgefüllte Personalfragebogen vom Arbeitgeber / von der lohnabrechnenden Stelle gespeichert.

Ich nehme zur Kenntnis, dass ohne Angabe meiner Sozialversicherungsnummer sowie meiner Steuer-Identifikationsnummer eine Gehaltsabrechnung nicht durchgeführt werden kann. Ich willige ein, dass Daten, die zu mir bei den Sozialversicherungsträgern und bei der Finanzverwaltung elektronisch gespeichert sind, für Zwecke der Gehaltsabrechnung abgerufen werden können.

<b>Persönliche Angaben</b>	<b>Arbeitgeber(in):</b>	
Familienname: ggf. Geburtsname:	Vorname/Geschlecht:	<input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> d <input type="checkbox"/> m
Straße, Hausnummer:	PLZ, Ort:	
Geburtsdatum:	Familienstand:	
Sozialversicherungsnummer:	<u>oder</u> Geburtsort und -land:	
Staatsangehörigkeit:	schwerbehindert: ja <input type="checkbox"/> (bitte ggf. Kopie des nein <input type="checkbox"/> Ausweises beifügen)	
Kontonummer / (IBAN):	Bankleitzahl / Bank (BIC):	

<b>Beschäftigung</b>			
Eintrittsdatum in Betrieb:		Eintritt in den Beruf:	
Berufsbezeichnung:		Ausgeübte Tätigkeit:	
Diese Stelle ist Ihre oder eine	Hauptbeschäftigung <input type="checkbox"/> Nebenbeschäftigung <input type="checkbox"/>	Üben Sie weitere Beschäftigungen aus?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Höchster Schulabschluss:		Höchste Berufsausbildung:	
- ohne Schulabschluss	<input type="checkbox"/>	- ohne beruflichen Ausbildungsabschluss	<input type="checkbox"/>
- Haupt-/Volksschulabschluss	<input type="checkbox"/>	- anerkannte Berufsausbildung	<input type="checkbox"/>
- Mittlere Reife/gleichwertiger Abschluss	<input type="checkbox"/>	- Meister/Techniker/gleichwertiger Abschluss	<input type="checkbox"/>
- Abitur/Fachabitur	<input type="checkbox"/>	- Bachelor	<input type="checkbox"/>
		- Diplom/Magister/Master/Staatsexamen	<input type="checkbox"/>
		- Promotion	<input type="checkbox"/>
a) Vertragliche Arbeitszeit:		b) Verteilung der Arbeitszeit (in Stunden/Woche):	
_____ Std je Woche oder _____ Std je Monat		Montag	Dienstag
		Mittwoch	Donnerstag
		Freitag	Samstag
		Sonntag	

<b>Ausbildung</b>		
Die Ausbildung	beginnt am :	endet am:
Eventuell vereinbarte Probezeit:	beginnt am :	endet am:

<b>Ausbildungsvergütung</b>		
1. Ausbildungsjahr	Betrag:	gültig ab:
2. Ausbildungsjahr	Betrag:	gültig ab:
3. Ausbildungsjahr	Betrag:	gültig ab:

Bitte unterschrieben zurück an:

Steuerberater Dr. Weigl u. Bormann PartG mbB Lütke Berg 4 - 6 48341 Altenberge  
Telefon 02505/9354-0 Fax 02505/9354-19 lohn@stbweigl.de

**Sozialversicherungsrechtlicher Status vor Eintritt in die Beschäftigung**

- Arbeitnehmer/in	<input type="checkbox"/>	- Arbeitslose/r	<input type="checkbox"/>	- Schulentlassene/r	<input type="checkbox"/>
- Arbeitnehmer/in in Elternzeit	<input type="checkbox"/>	- Hausfrau/-mann	<input type="checkbox"/>	- Studienbewerber/in	<input type="checkbox"/>
- Beamtin/Beamter	<input type="checkbox"/>	- Selbständige/r	<input type="checkbox"/>	- Student/in	<input type="checkbox"/>
- ALG-/Sozialhilfeempfänger/in	<input type="checkbox"/>	- Schüler/in	<input type="checkbox"/>	- Wehr-/Zivildienstleist.	<input type="checkbox"/>
- Sonstiger:	<input type="text"/>				

**Steuer**

Identifikations-Nr.:(zwingend !!)	Steuerklasse:	Faktor:
Kinderfreibeträge:	Freibetrag:	Konfession:

**Bescheinigungen elektronisch annehmen (Bea)**

Ich widerspreche der elektronischen Übermittlung von Arbeits- und Nebeneinkommensbescheinigungen an die Bundesagentur für Arbeit

**Sozialversicherung**

Krankenversicherung:(Name)	Haben Sie Kinder ? (leibliche,Adoptiv-,Stiefkinder) (Geb.urkunde beifügen!) - ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
----------------------------	--

**Beigefügte Arbeitspapiere / Unterlagen (bitte Kopien einreichen)**

- Ausbildungsvertrag (mit Unterschriften)	<input type="checkbox"/>	ist beigefügt
- Sozialversicherungsausweis	<input type="checkbox"/>	ist beigefügt
- Mitgliedsbescheinigung Ihrer Krankenkasse	<input type="checkbox"/>	ist beigefügt
- Schwerbehindertenausweis	<input type="checkbox"/>	ist beigefügt
- Geburtsurkunde Ihres Kindes	<input type="checkbox"/>	ist beigefügt <small>(zwingend erforderlich zur Berechnung des Zuschlages zur Pflegeversicherung)</small>
- VWL-Vertrag	<input type="checkbox"/>	ist beigefügt
- Vertrag über betriebliche Altersversorgung	<input type="checkbox"/>	ist beigefügt
- Ihre eigene Anlage zur Ergänzung der Angaben	<input type="checkbox"/>	ist beigefügt
- Sonstiges:	<input type="checkbox"/>	ist beigefügt

**Erklärung der Arbeitnehmerin / 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 Arbeitnehmer(in)	_____ Datum	_____ Unterschrift Arbeitgeber in)
_____ Datum	_____ Unterschrift: Erziehungsberechtigte/r (bei Minderjährigen)		

Name Mitarbeiter(in): \_\_\_\_\_

Name Arbeitgeber(in): \_\_\_\_\_

**Anlage zum Personalfragebogen für Auszubildende zur MFA**

Im Ausbildungsvertrag ist eine Tarifvertragsbindung vereinbart. Nach den tariflichen Bestimmungen hat der Auszubildende Anspruch auf einen Zuschuss zur betrieblichen Altersversorgung. Im Falle einer Probezeit beginnt der Anspruch nach Ablauf der Probezeit.

Der Auszubildende hat einen Anspruch auf einen Arbeitgeberzuschuss zur betrieblichen Altersvorsorge in Höhe von 53 €. Außerdem hat der Auszubildende das Recht, einen Teil seiner Vergütung zugunsten einer betrieblichen Altersvorsorge umzuwandeln. Der Arbeitgeber bietet dem Auszubildenden die Möglichkeit der Entgeltumwandlung an. Wandelt der Auszubildende Entgeltbestandteile in eine betriebliche Altersvorsorge um, so gewährt der Arbeitgeber dem Auszubildende zusätzlich einen Arbeitgeberzuschuss zur Entgeltumwandlung in Höhe von 20 % des umgewandelten Betrages, mindestens jedoch 10 € monatlich.

Die/Der Auszubildende trifft zur betrieblichen Altersversorgung folgende Entscheidung:

- Ich schließe **keinen** Vertrag zur betrieblichen Altersversorgung ab.
- Ich wünsche einen **Zuschuss des Arbeitgebers** in Höhe von \_\_\_\_\_ € (höchstens 53 €/Monat).
- Einen **eigenen Anteil** möchte ich **nicht** leisten (keine Entgeltumwandlung).
- Ich wünsche ab dem \_\_\_\_\_ eine Entgeltumwandlung aus meinem Monatsgehalt in Höhe von \_\_\_\_\_ €.
- Ich wünsche ab dem \_\_\_\_\_ eine Entgeltumwandlung aus dem 13. Gehalt in Höhe von \_\_\_\_\_ € pro Jahr.

**Voraussetzung für die Abrechnung einer betrieblichen Altersversorgung ist ein entsprechender gültiger Vertrag. Der Arbeitgeberzuschuss wird erst ab Beginn eines rechtsgültigen Vertrags gezahlt.**

Ort: \_\_\_\_\_

Auszubildende: \_\_\_\_\_  
Unterschrift

Datum: \_\_\_\_\_

Arbeitgeber(in): \_\_\_\_\_  
Unterschrift

Datum: \_\_\_\_\_