

Personalfragebogen

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

Persönliche Angaben	Arbeitgeber:	
Familienname: ggf. Geburtsname:	Vorname/Geschlecht:	<input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> d <input type="checkbox"/> m
Straße, Hausnummer:	PLZ, Ort:	
Geburtsdatum:	Familienstand:	
Sozialversicherungsnummer:	oder Geburtsort und -land:	
Staatsangehörigkeit:	schwerbehindert:	ja <input type="checkbox"/> (Kopie des nein <input type="checkbox"/> Ausweises beifügen)
Kontonummer / (IBAN):	Bankleitzahl / Bank (BIC):	
Beschäftigung		
Eintrittsdatum in den Betrieb:	Probezeit:	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Dauer der Probezeit: _____ Monate
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"/> Handelt es sich hierbei um eine ge- ringfügige Beschäftigung (Minijob)? 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	Montag	Dienstag
oder	Mittwoch	Donnerstag
_____ Std je Monat	Freitag	Samstag
	Sonntag	
Urlaubsanspruch (je Kalenderjahr):	_____ Tage	
Befristung		
Das Arbeitsverhältnis ist befristet:	ja <input type="checkbox"/>	bis zum:
	nein <input type="checkbox"/>	

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

Steuer		
Identifikations-Nr.:	Steuerklasse:	Faktor:
Kinderfreibeträge:	Freibetrag:	Konfession:

Bescheinigungen elektronisch annehmen (Bea)

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

Sozialversicherung

<u>Wie sind Sie krankenversichert?</u> - gesetzlich <input type="checkbox"/> - privat <input type="checkbox"/> --> freiwillig gesetzlich <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	<u>Haben Sie Kinder?</u> (leibl., Stief-, Adoptivkinder) - ja <input type="checkbox"/> - nein <input type="checkbox"/> Bitte Geburtsurkunde beifügen	<u>Name Ihrer Krankenkasse/privaten Versicherung:</u>
---	---	---

Wie sind Sie rentenversichert?

- Ich bin gesetzlich rentenversichert (in der Deutsche Rentenversicherung).

- Ich bin Mitglied einer berufsständischen Versorgungseinrichtung (z.B. Ärzteversorgung).

-- Im Fall einer berufsständischen Versorgung:
 --- Bezeichnung der Einrichtung / Anschrift: _____
 --- Mitgliedsnummer: _____
 --- Befreiungsbescheid von Deutscher Rentenversicherung ist beigefügt: **(Wichtig: Rechtzeitig Neuantrag bei Stellenwechsel stellen!)**

Entlohnung

<u>Bezeichnung:</u>	<u>Betrag:</u>	<u>gültig ab:</u>
<u>Bezeichnung:</u>	<u>Betrag:</u>	<u>gültig ab:</u>

Vermögenswirksame Leistungen (Antrag des Institutes zwingend notwendig)

<u>Bezeichnung:</u>	<u>Betrag:</u>	<u>gültig ab:</u>
---------------------	----------------	-------------------

Betriebliche Altersversorgung (Vertrag des Institutes zwingend notwendig)

<u>Bezeichnung:</u>	<u>Betrag:</u>	<u>gültig ab:</u>
---------------------	----------------	-------------------

Beigefügte Arbeitspapiere / Unterlagen (bitte Kopien einreichen)

- Arbeitsvertrag (mit Unterschriften)	<input type="checkbox"/>	ist beigefügt
- Mitgliedsbescheinigung Ihrer Krankenkasse	<input type="checkbox"/>	ist beigefügt
- Geburtsurkunde Ihres Kindes	<input type="checkbox"/>	ist beigefügt (zwingend erforderlich zur Berechnung des Zuschlages zur Pflegeversicherung)
- VWL-Vertrag	<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

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