

Personalfragebogen – Angaben für neue Arbeitnehmer
 (Kurzfristig Beschäftigte)

Per Fax an: 07841 673 27-27

* = Mindestangaben – ohne diese Angaben ist eine Lohnabrechnung nicht möglich.

Persönliche Angaben

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----------------------------------|----------------------------------|--|--------------|---|---|---|-----------------------------------|---|---|-----------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| * Arbeitgeber Firma | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| * Familienname | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| * Vorname | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| * Straße Hausnummer | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| * PLZ Ort | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| * Land | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| * Geburtsdatum | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Geschlecht | <input type="radio"/> weiblich | | | | | | <input type="radio"/> männlich | | | | | | | | | | | | | |
| * Sozialversicherungsnummer | | | T | T | M | M | J | J | | | | | | | | | | | | |
| | 2 Ziffern | | Geburtsdatum | | | | | | ↑ | 3 Ziffern | | | | | | | | | | |
| | 1. Buchstabe Geburtsname | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Schwerbehindert | <input type="radio"/> ja | | | | | | <input type="radio"/> nein | | | | | | | | | | | | | |
| * Staatsangehörigkeit | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Geburtsname | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Geburtsort | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Zahlungsart | <input type="radio"/> Barzahlung | | | | | | <input type="radio"/> Überweisung | | | | | | | | | | | | | |
| IBAN (bei Überweisung) 22-stellig | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| BIC (bei Überweisung) 11-stellig | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Beschäftigung | Tätigkeit

| | | | | | | | | |
|---|--------------------|---|---|---|---|---|---|---|
| * Bezeichnung der ausgeführten Tätigkeit | | | | | | | | |
| * Wöchentliche Arbeitszeit (ggf. geschätzt) | Stunden pro Woche: | | | | | | | |
| * Eintrittsdatum | T | T | M | M | J | J | J | J |
| * Befristet bis | T | T | M | M | J | J | J | J |

Sozialversicherung

| | |
|------------------|---|
| Versicherungsart | <input type="radio"/> gesetzlich krankenversichert <input type="radio"/> privat krankenversichert → bitte Nachweis beilegen |
|------------------|---|

Personalfragebogen – Angaben für neue Arbeitnehmer
(Kurzfristig Beschäftigte)

Per Fax an: 07841 673 27-27

| | |
|-------------------------|--|
| Krankenkasse Name Ort | |
|-------------------------|--|

Steuer

| | | | | | | | | | | | | | |
|---------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Steuerklasse | | | | | | | | | | | | | |
| Anzahl Kinderfreibeträge | | | | | | | | | | | | | |
| Konfessionszugehörigkeit | | | | | | | | | | | | | |
| * Persönliche Steuer-ID | <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table> | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| Kennzeichnung Arbeitgeber | <input type="radio"/> Hauptarbeitgeber <input type="radio"/> Nebenarbeitgeber | | | | | | | | | | | | |

Entlohnung (ggf. vom Arbeitgeber auszufüllen)

| | | |
|---|--------------------------|----------------------------|
| * Festbetrag pro Monat Stundenlohn pro Stunde in € | € pro Monat | € pro Stunde |
| * Wurde in den zwölf Monaten vor dieser Beschäftigung eine andere Kurzfristige Beschäftigung ausgeübt? | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |

* **Der Arbeitsvertrag ist einzureichen.** Die arbeitsvertragliche Befristung (max. drei Monate oder 70 Arbeitstage) ist zwingende Voraussetzung für die Sozialversicherungsfreiheit

Prüfung der Berufsmäßigkeit

* Status bei Beginn der Beschäftigung:

| | | | |
|--|---|---|--|
| <input type="radio"/> Arbeitnehmer in | <input type="radio"/> Beamtin Beamter | <input type="radio"/> Schulentlassene r | <input type="radio"/> ALG- Sozialhilfeempfänger in |
| <input type="radio"/> Arbeitnehmer in Elternzeit | <input type="radio"/> Hausfrau Hausmann | <input type="radio"/> Selbstständige r | <input type="radio"/> Studienbewerber in |
| <input type="radio"/> Arbeitslose r | <input type="radio"/> Schüler in | <input type="radio"/> Student in | <input type="radio"/> Wehr- Zivildienstleistender |
| <input type="radio"/> Sonstige | | | |

* Bitte Bescheinigung beifügen

Erklärung 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 Eingelt) unverzüglich mitzuteilen.

Datum

Unterschrift