

Personalfragebogen

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

Persönliche Angaben	Arbeitgeber:	
<u>Familienname:</u> <u>ggf. Geburtsname:</u>		<u>Vorname/Geschlecht:</u> ☐ w ☐ d ☐ m
<u>Straße, Hausnummer:</u>		<u>PLZ, Ort:</u>
<u>Geburtsdatum:</u>		<u>Familienstand:</u>
<u>Sozialversicherungsnummer:</u>		<u>oder Geburtsort und -land:</u>
<u>Staatsangehörigkeit:</u>		<u>schwerbehindert:</u> ja ☐ nein ☐ (Kopie des Ausweises beifügen)
<u>Aufenthaltsgenehmigung:</u>		<u>Arbeitserlaubnis:</u>
<u>Kontonummer / (IBAN):</u>		<u>Bankleitzahl / Bank (BIC):</u>
Beschäftigung		
<u>Eintrittsdatum in den Betrieb:</u>		<u>Probezeit:</u> ja ☐ nein ☐ Dauer der Probezeit: _____ Monate
<u>Berufsbezeichnung:</u>		<u>Ausgeübte Tätigkeit:</u>
<u>Diese Stelle ist Ihre</u> Hauptbeschäftigung ☐ oder eine Nebenbeschäftigung ☐	<u>Üben Sie weitere Beschäftigungen aus?</u> ja ☐ nein ☐ <u>Handelt es sich hierbei um eine geringfügige Beschäftigung (Minijob)?</u> ja ☐ nein ☐	
<u>Höchster Schulabschluss:</u> - ohne Schulabschluss ☐ - Haupt-/Volksschulabschluss ☐ - Mittlere Reife/gleichwertiger Abschluss ☐ - Abitur/Fachabitur ☐		<u>Höchste Berufsausbildung:</u> - ohne beruflichen Ausbildungsabschluss ☐ - anerkannte Berufsausbildung ☐ - Meister/Techniker/gleichwertiger Abschluss ☐ - Bachelor ☐ - Diplom/Magister/Master/Staatsexamen ☐ - Promotion ☐
<u>a) Vertragliche Arbeitszeit:</u> _____ Std je Woche _____ Std je Monat <u>b) Verteilung der Arbeitszeit (in Stunden/Woche):</u> Montag Mittwoch Freitag Sonntag Dienstag Donnerstag Samstag		
<u>Urlaubsanspruch (je Kalenderjahr) :</u> _____ Tage		

Bitte unterschrieben zurück an:

Befristung

Das Arbeitsverhältnis ist befristet: ja ☐ bis zum:
 nein ☐

Steuer

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

Sozialversicherung

<u>Wie sind Sie krankenversichert?</u> - gesetzlich ☐ - privat ☐ --> freiwillig gesetzlich ☐ ja ☐ nein	<u>Haben Sie Kinder?</u> (leibl., Stief-, Adoptivkinder) - ja ☐ - nein ☐ Bitte Geburtsurkunde beifügen	<u>Name Ihrer Krankenkasse/privaten Versicherung:</u> _____ - bei Privatversicherung: Zuletzt gesetzlich versichert bei: _____
--	---	---

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 beigelegt: ☐ **(Wichtig: Rechtzeitig Neuantrag bei Stellenwechsel stellen!)**

Entlohnung

Bezeichnung:	Betrag:	gültig ab:
Bezeichnung:	Betrag:	gültig ab:

Vermögenswirksame Leistungen (Antrag des Institutes zwingend notwendig)

Bezeichnung:	Betrag:	gültig ab:
--------------	---------	------------

Betriebliche Altersversorgung (Vertrag des Institutes zwingend notwendig)

Bezeichnung:	Betrag:	gültig ab:
--------------	---------	------------

Bitte unterschrieben zurück an:

BORMANN KNOTHE BECKER Steuerberatungsgesellschaft Part mbB | Lütke Berg 4 - 6 | 48341 Altenberge
Telefon 02505/9354-0 | Fax 02505/9354-19 | lohn@stb-bkb.de

Beigefügte Arbeitspapiere / Unterlagen (bitte Kopien einreichen)

- Arbeitsvertrag (mit Unterschriften)	☐	ist beigefügt	(zwingend erforderlich zur Berechnung des Zuschlages zur Pflegeversicherung)
- Geburtsurkunde Ihres Kindes	☐	ist beigefügt	
- VWL-Vertrag	☐	ist beigefügt	
- Sonstiges	☐	ist beigefügt	
- Aufenthaltsgenehmigung u. Arbeitsbescheinigung	☐	ist beigefügt	

Nur für Arbeitgeber:

Status Masernimpfung

Liegt ein gültiger Nachweis gemäß § 20 Abs. 8 IfSG über eine bestehende Masernimmunität vor? ja ☐
 (Nachweis nur für Arbeitgeber relevant) nein ☐

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)

Bitte unterschrieben zurück an:

BORMANN KNOTHE BECKER Steuerberatungsgesellschaft Part mbB | Lütke Berg 4 - 6 | 48341 Altenberge
 Telefon 02505/9354-0 | Fax 02505/9354-19 | lohn@stb-bkb.de