

**Arbeitgeber**

**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**

|                                    |                            |  |
|------------------------------------|----------------------------|--|
| Familienname:<br>ggf. Geburtsname: | Vorname:                   | <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"/> (bitte ggf. Kopie des<br>nein <input type="checkbox"/> Ausweises beifügen) |
| Kontonummer (IBAN):                | Bankleitzahl / Bank (BIC): |  |

**Beschäftigung**

|  |   |   |
|--|---|---|
| Eintrittsdatum in Betrieb:   | beschäftigt als:  |   |
| <input type="checkbox"/> Hauptbeschäftigung<br><input type="checkbox"/> Nebenbeschäftigung | Probezeit:  | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
|  | Dauer der Probezeit:  |   |
| 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   |   |
| <b>Die geleisteten Arbeitsstunden müssen wöchentlich gesondert aufgezeichnet werden !</b>  |   |   |

**Befristung**

|                                      |                               |          |
|--------------------------------------|-------------------------------|----------|
| Das Arbeitsverhältnis ist befristet: | ja <input type="checkbox"/>   | bis zum: |
|                                      | nein <input type="checkbox"/> |          |

**Praktikanten / Studenten (bitte aktuelle Immatrikulationsbescheinigung vorlegen)**

|   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> vorgeschriebenes Praktikum nach Schul- / Studienordnung            | <input type="checkbox"/> Vorpraktikum  |
| <input type="checkbox"/> freiwilliges Praktikum   | <input type="checkbox"/> Zwischenpraktikum                                   |
|   | <input type="checkbox"/> Nachpraktikum                                       |
|   | <input type="checkbox"/> Orientierungspraktikum                              |
| <input type="checkbox"/> Das Praktikum ist von vornherein befristet auf _____ Monate/Wochen | <input type="checkbox"/> Beschäftigung ist auf 20 Stunden/Woche begrenzt     |
| <input type="checkbox"/> Das Praktikum ist unbefristet                                      | <input type="checkbox"/> Student im dualen Studiengang                       |
|   | <input type="checkbox"/> Es handelt sich um eine Beschäftigung als Diplomand |

**Bescheinigungen elektronisch annehmen (Bea)**

|   |
|---|
| <input type="checkbox"/> Ich widerspreche der elektronischen Übermittlung von Arbeits- und Nebeneinkommensbescheinigungen an die Bundesagentur für Arbeit |
|---|

**Bitte unterschrieben zurück an:**

**Weitere Beschäftigungen**

|   |                           |                            |                          |      |                          |                          |
|---|---------------------------|----------------------------|--------------------------|------|--------------------------|--------------------------|
| - Üben Sie noch eine weitere Beschäftigung bei einem anderen Arbeitgeber aus? |                           | ja                         | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> |                          |
| - Falls ja:   | Arbeitgeber:              | geringfügig entlohnt       |                          |      |                          | <input type="checkbox"/> |
|   | Wöchentliche Arbeitszeit: | nicht geringfügig entlohnt |                          |      |                          | <input type="checkbox"/> |
|   |                           | kurzfristig beschäftigt    |                          |      |                          | <input type="checkbox"/> |

**Steuer**

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

**Sozialversicherung**

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

**Entlohnung**

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

**Vermögenswirksame Leistungen** (bei weiteren Verträgen führen Sie diese bitte in einer Anlage auf)

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

**Betriebliche Altersversorgung** (bei weiteren Verträgen führen Sie diese bitte in einer Anlage auf)

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

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

|  |                          |           |
|--|--------------------------|-----------|
| - Mitgliedsbescheinigung der Krankenkasse    | <input type="checkbox"/> | beigefügt |
| - Arbeitsvertrag                             | <input type="checkbox"/> | beigefügt |
| - Sozialversicherungsausweis                 | <input type="checkbox"/> | beigefügt |
| - VWL-Vertrag                                | <input type="checkbox"/> | beigefügt |
| - Vertrag über betriebliche Altersversorgung | <input type="checkbox"/> | beigefügt |
| - Geburtsurkunde Kind(er)                    | <input type="checkbox"/> | beigefügt |
| - Schwerbehindertenausweis                   | <input type="checkbox"/> | beigefügt |
| - eigene Anlage zur Ergänzung der Angaben    | <input type="checkbox"/> | beigefügt |
| - Sonstiges:                                 | <input type="checkbox"/> | beigefügt |

**Angaben zu steuerpflichtigen Vorbeschäftigungszeiten im laufenden Kalenderjahr**

| Zeitraum von | Zeitraum bis | Art der Beschäftigung | Anzahl der Beschäftigungstage |
|--------------|--------------|-----------------------|-------------------------------|
|              |              |                       |                               |

**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:

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