

Personalfragebogen



Arbeitgeber

Persönliche Angaben

Familienname ggf. Geburtsname	Vorname	Telefonnummer
Straße und Hausnummer inkl. Anschriftenzusatz	PLZ, Ort	
Geburtsdatum	Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	
Versicherungsnummer gem. Sozialvers. Ausweis	Familienstand	Kinder <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Geburtsort, -land – <i>nur bei fehlender Versicherungs-Nr.</i>	Schwerbehindert <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Staatsangehörigkeit	Barzahlung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Kontonummer	Bankleitzahl/Bankbezeichnung	
IBAN	BIC	

Beschäftigung

Eintrittsdatum	Beschäftigt als
erstes Beschäftigungsverhältnis <input type="checkbox"/>	zweites bzw. weiteres Beschäftigungsverhältnis <input type="checkbox"/>
Höchster Schulabschluss <input type="checkbox"/> ohne Schulabschluss <input type="checkbox"/> Haupt-/Volksschulabschluss <input type="checkbox"/> Mittlere Reife/gleichwertiger Abschluss <input type="checkbox"/> Abitur/Fachabitur	Höchste Berufsausbildung <input type="checkbox"/> ohne beruflichen Ausbildungsabschluss <input type="checkbox"/> Anerkannte Berufsausbildung <input type="checkbox"/> Meister/Techniker/gleichwertiger Fachschulabschluss <input type="checkbox"/> Bachelor <input type="checkbox"/> Diplom/Magister/ Master/Staatsexamen <input type="checkbox"/> Promotion
Urlaubsanspruch (Kalenderjahr)	Wöchentliche Arbeitszeit (Stunden): _____ Tägliche Arbeitszeit (Stunden): Mo Di Mi Do Fr Sa So ____

Auszubildende

Beginn der Ausbildung	Voraussichtliches Ende der Ausbildung
-----------------------	---------------------------------------

Befristung

<input type="checkbox"/> Das Arbeitsverhältnis ist befristet <input type="checkbox"/> Das Arbeitsverhältnis ist zweckbefristet	Befristung Arbeitsvertrag zum
---	-------------------------------

Steuer

Gemeinde	Finanzamt	Identifikationsnr.
Steuerklasse/ Faktor	Kinderfrei- beträge	Konfession

Sozialversicherung

Krankenkasse	<input type="checkbox"/> gesetzlich versichert	<input type="checkbox"/> freiwillig versichert	<input type="checkbox"/> privat versichert
--------------	--	--	--

Entlohnung

Bezeichnung	Betrag	Gültig ab	Stundenlohn	Gültig ab
Bezeichnung	Betrag	Gültig ab	Stundenlohn	Gültig ab

Erklärung zur Rentenversicherung

(nur bei einem Bruttogehalt von über 450,00 € bis 850,00 € ausfüllen, BETRIFFT NICHT AUSZUBILDENDE!)

Ich verzichte auf den reduzierten Rentenversicherungsbeitrag und wünsche eine Aufstockung auf den aktuellen Regelbeitrag
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

VWL - nur notwendig wenn Vertrag vorliegt

Empfänger VWL	Betrag	AG-Anteil (Höhe mtl.)
---------------	--------	-----------------------

Angaben zu den Arbeitspapieren – bitte beifügen

Arbeitsvertrag	<input type="checkbox"/> liegt vor
Lohnsteuerkarte/Bescheinigung über LSt.-Abzug	<input type="checkbox"/> liegt vor
SV-Ausweis (Kopie)	<input type="checkbox"/> liegt vor
Mitgliedsbescheinigung Krankenkasse	<input type="checkbox"/> liegt vor
VWL Vertrag	<input type="checkbox"/> liegt vor
Nachweis Elterneigenschaft (Kopie Geburtsurkunde, falls nicht auf LSt.-Karte)	<input type="checkbox"/> liegt vor
Vertrag Betriebliche Altersversorgung	<input type="checkbox"/> liegt vor
Bei ausländischen Arbeitnehmern - Arbeitserlaubnis	<input type="checkbox"/> liegt vor
Schwerbehindertenausweis (Kopie)	<input type="checkbox"/> liegt vor
Unterlagen Sozialkasse Bau/Maler	<input type="checkbox"/> liegt vor
Bei Schülern – Schülerausweis	<input type="checkbox"/> liegt vor
Bei Studenten - Immatrikulationsbescheinigung	<input type="checkbox"/> liegt vor

Angaben zu steuerpflichtigen Vorbeschäftigungszeiten im laufenden Kalenderjahr

(= Zeiträume in denen unter Vorlage der Lohnsteuerkarte gearbeitet wurde)

Zeitraum von	Zeitraum bis	Bruttogehalt	Anzahl der Beschäftigungstage

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 Entgelt) unverzüglich mitzuteilen.

Bei nicht wahrheitsgemäßen Angaben verpflichte ich mich, dem Arbeitgeber eintretende Schäden zu ersetzen.

Datum

Unterschrift Arbeitnehmer

Datum

Unterschrift Arbeitgeber/
Firmenstempel