

Personalfragebogen

Angaben für sozialversicherungspflichtige Beschäftigung

Personalnummer

Firma:

Persönliche Angaben			
Familienname ggf. Geburtsname		Vorname	
Straße und Hausnummer		PLZ, Ort	
Geburtsdatum		Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	
Rentenversicherungsnummer / Sozialversicherungsnummer (12-stellig)		Familienstand: <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet	
Geburtsort <i>Nur bei fehlender Rentenversicherungsnummer</i>		Geburtsland <i>Nur bei fehlender Rentenversicherungsnummer</i>	
Staatsangehörigkeit		Bank	
Kontonummer (IBAN)		Bankleitzahl (BIC)	
Beschäftigung			
Eintrittsdatum:		Befristet bis:	Betriebsstätte:
Berufsbezeichnung:		Hauptbeschäftigung <input type="checkbox"/> Nebenbeschäftigung <input type="checkbox"/> Ausbildung <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"/> Studium <input type="checkbox"/> ohne beruflichen Ausbildungsabschluss <input type="checkbox"/> Anerkannte Berufsausbildung bitte eintragen _____
Status bei Beginn der Beschäftigung			
<input type="checkbox"/> Arbeitnehmer/in	<input type="checkbox"/> Beamtin/Beamter	<input type="checkbox"/> Arbeitslose/r	<input type="checkbox"/> Hartz IV-Empfänger/in
<input type="checkbox"/> Schüler/in	<input type="checkbox"/> Hausfrau/Hausmann	<input type="checkbox"/> Student/in	<input type="checkbox"/> Wehr-/Zivildienstleistender
<input type="checkbox"/> Rentner/in	<input type="checkbox"/> Sonstiges: _____	Schwerbehindert <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Grad = ____ %	
Steuer			
Identifikationsnummer 11-stellig	Zuständiges Finanzamt	Anzahl Kinder (auch volljährige)	Kinderfreibetrag
Steuerklasse/Faktor	Konfession <input type="checkbox"/> evangelisch <input type="checkbox"/> römisch-katholisch <input type="checkbox"/> keine Konfession Sonstige Konfession: <input type="checkbox"/> _____		
Sozialversicherung			
Krankenversicherung <input type="checkbox"/> Gesetzlich <input type="checkbox"/> Privat	Name Krankenkasse / Priv. Krankenversicherung		
Entlohnung			
<input type="checkbox"/> Gehalt <input type="checkbox"/> Stundenlohn <input type="checkbox"/> Ausbildungsvergütung	Betrag	Stundenlohn	
Urlaubsanspruch (Kalenderjahr) _____	<input type="checkbox"/> Vollzeit <input type="checkbox"/> Teilzeit	Vereinbarte monatliche Arbeitszeit <input type="checkbox"/> _____ Stunden	
Vereinbarte wöchentliche Arbeitszeit	<input type="checkbox"/> 40 <input type="checkbox"/> 38 <input type="checkbox"/> 35 <input type="checkbox"/> 30 <input type="checkbox"/> 25 <input type="checkbox"/> 20 <input type="checkbox"/> 16 <input type="checkbox"/> _____ Stunden		

Personalfragebogen

Angaben für sozialversicherungspflichtige Beschäftigung

Personalnummer

Firma:

Betriebliche Altersvorsorge – nur notwendig, wenn Vertrag vorliegt			
Versicherungsgesellschaft	Betrag	AG-Anteil (Höhe mtl.)	
	Seit wann	Vertragsnummer	
Kontonummer (IBAN)	Bankleitzahl (BIC)		
Vermögenswirksame Leistungen – nur notwendig, wenn Vertrag vorliegt			
Versicherungsgesellschaft	Betrag	AG-Anteil (Höhe mtl.)	
	Seit wann	Vertragsnummer	
Kontonummer (IBAN)	Bankleitzahl (BIC)		
Üben Sie weitere Beschäftigungen aus? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein			
Angaben zu den weiteren Beschäftigungen (nur auszufüllen bei geringfügiger oder kurzfristiger Beschäftigung)			
Zeitraum	Arbeitgeber	Art der Tätigkeit	Wöchentliche Arbeitszeit
von:		<input type="checkbox"/> geringfügig entlohnt	
bis:		<input type="checkbox"/> kurzfristig beschäftigt	
Angaben zu den Arbeitspapieren			
Arbeitsvertrag	<input type="checkbox"/> liegt vor	VWL-Vertrag	<input type="checkbox"/> liegt vor
SV-Ausweis	<input type="checkbox"/> liegt vor	Vertrag Betriebliche Altersvorsorge	<input type="checkbox"/> liegt vor
Mitgliedsbescheinigung KK	<input type="checkbox"/> liegt vor	Nachweis Elterneigenschaft	<input type="checkbox"/> liegt vor
Antrag Befreiung RV-Pflicht	<input type="checkbox"/> liegt vor	Unterlagen Sozialkasse Bau	<input type="checkbox"/> liegt vor
Nachweis Identifikationsnummer	<input type="checkbox"/> liegt vor	Sonstiges: _____	<input type="checkbox"/> liegt vor
Priv. Krankenversicherung	<input type="checkbox"/> liegt vor		

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.

_____ Datum

_____ Unterschrift Arbeitgeber

_____ Datum

_____ Unterschrift Arbeitnehmer

Sonstige Vereinbarungen:

Arbeitgeber: _____

Arbeitnehmer: _____

**Nachweis der Elterneigenschaft für die Berechnung der Beiträge zur gesetzlichen
Pflegeversicherung ab dem 01.07.2023**

Hiermit bestätige ich Folgendes:

- Ich bin kinderlos
- Ich habe Kinder gemäß beigefügten Nachweisen:

1.	_____	_____	_____
	Vorname	Familienname	Geburtsdatum
2.	_____	_____	_____
	Vorname	Familienname	Geburtsdatum
3.	_____	_____	_____
	Vorname	Familienname	Geburtsdatum
4.	_____	_____	_____
	Vorname	Familienname	Geburtsdatum
5.	_____	_____	_____
	Vorname	Familienname	Geburtsdatum

Nachweis beigefügt (bitte Zutreffendes ankreuzen):

- Geburtsurkunde
- Vaterschaftsanerkennung
- Abstammungsurkunde
- steuerliche Lebensbescheinigung
- Bestätigung über das Pflegekindschaftsverhältnis durch die zuständige Behörde
- Adoptionsurkunde
- sonstige beweiskräftige Unterlagen: _____

Für nach dem 30.06.2023 geborene Kinder lege ich einen Nachweis der Elterneigenschaft unaufgefordert vor.

Datum

Unterschrift