

Personalfragebogen (Daten werden gespeichert)

Arbeitgeber: _____

Angaben für neue
Arbeitnehmer/innen

Personalnummer:

--

Persönliche Angaben:

Familiename ggf. Geburtsname		Vorname	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
Geburtsdatum	Staatsangehörigkeit	Verheiratet? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Kinder? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Straße und Hausnummer inkl. Anschriftenzusatz		Postleitzahl/Ort	
Versicherungsnummer (gem. Sozialvers. Ausweis)		SV-Nr nicht bekannt Geburtsname	SV-Nr nicht bekannt Geburtsort
IBAN		BIC	

Beschäftigung:

Ausgeübte Tätigkeit	Berufsbezeichnung	Anzahl der Arbeitstage:	
		An welchen Tagen wird gearbeitet:	
Höchster Schulabschluss: <input type="checkbox"/> Ohne Schulabschluss <input type="checkbox"/> Haupt-/ Volksschulabschluss <input type="checkbox"/> Mittlere Reife oder gleichwertiger Abschluss <input type="checkbox"/> Abitur/Fachabitur <input type="checkbox"/> Abschluss unbekannt		Höchster beruflicher Ausbildungsabschluss: <input type="checkbox"/> Ohne beruflichen Ausbildungsabschluss <input type="checkbox"/> Abschluss einer anerkannten Berufsausbildung <input type="checkbox"/> Meister-/Techniker- oder gleichwertiger Fachschulabschluss <input type="checkbox"/> Bachelor <input type="checkbox"/> Diplom/Magister/Master/Staatsexamen <input type="checkbox"/> Promotion <input type="checkbox"/> Abschluss unbekannt	
Wöchentliche Arbeitszeit ----- <input type="checkbox"/> Vollzeit <input type="checkbox"/> Teilzeit	Ggf. Verteilung d. wö. AZ /Mo / Di / Mi / Do / Fr / Sa / So _ _ _ _ _ _ _	Eintrittsdatum	Ersteintrittsdatum
		<input type="checkbox"/> Hauptbeschäftigung <input type="checkbox"/> Nebenbeschäftigung	
Abteilungsnummer		Beschäftigungsbetrieb	Kostenstelle

Sozialversicherung

Gesetzl. Krankenkasse, bei PKV letzte ges. Krankenkasse	Falls PKV, bitte Bescheinigung der privaten Krankenversicherung beifügen!
---	---

Entlohnung

Gehalt/Stundenlohn	weitere Bezüge
Tarif? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Tarifbezeichnung

Personalfragebogen (Daten werden gespeichert) Steuerberatungsgesellschaft

vermögenswirksame Leistungen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	betriebliche Altersversorgung (BAV)? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
--	---

Angaben zu den Arbeitspapieren

• Arbeitsvertrag	Kopie <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
• Lohnsteuerabzugsmerkmale	Falls noch keine ID-Nr. bekannt!		
	LSt-Kl.	KSt	KFB
• SV-Ausweis	Kopie <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
• VL Vertrag	Kopie <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
• BAV Vertrag	Kopie <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
• Geburtsurkunde(n) des/der Kinder o. ähnl. Kindernachweis	Kopie <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
• Identifikationsnummer			

Arbeitspapiere für ausländische Arbeitnehmer/innen

• Aufenthaltserlaubnis	liegt vor <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
• Arbeitserlaubnis	liegt vor <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

Arbeitspapiere für polnische Saisonarbeitskräfte

• Arbeitsgenehmigung	liegt vor <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
• Einstellungszusage	liegt vor <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

Zusatzbögen

• geringfügige Beschäftigung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
• kurzfristige Beschäftigung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
• Sachbezüge	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Angaben zu steuerpflichtigen Vorbeschäftigungszeiten im laufenden Kalenderjahr (= Zeiträume in denen unter Vorlage der Lohnsteuerkarte gearbeitet wurde)

Zeitraum von	Zeitraum bis	Art der Beschäftigung

Personalfragebogen (Daten werden gespeichert)

Bescheinigung elektronisch annehmen (Bea)

Ich widerspreche der elektronischen Übermittlung von Arbeits- und Nebeneinkommensbescheinigungen an die Bundesagentur für Arbeit

Erklärung der Arbeitnehmerin/des Arbeitnehmers:

Ich versichere, dass die vorstehenden Angaben der Wahrheit entsprechen. Ich verpflichte mich, meinem/r Arbeitgeber/in alle Änderungen, insbesondere in Bezug auf weitere Beschäftigungen (in Bezug auf Art, Dauer und Entgelt) unverzüglich mitzuteilen. Mir ist bewusst, dass ich bei Verletzung meiner Mitteilungspflichten für den entstandenen Schaden hafte. Die Nichterfüllung der vorstehenden Punkte kann zur Beendigung des Arbeitsverhältnisses führen.

_____	_____	_____
Datum	Arbeitnehmer /in	Unterschrift
_____	_____	_____
Datum	Arbeitgeber/in	Unterschrift