

Personalfragebogen

(Festangestellte Beschäftigung)



Ehlscheid & Fillers
Steuerberater Partnerschaftsgesellschaft mbB
Hermannstraße 51, 56564 Neuwied
digital!
kompetent!
für Sie da!

Bitte überprüfen Sie auf Vollständigkeit.

Bei den mit * (Fett) markierten Feldern handelt es sich um Pflichtangaben.
Bei den mit ¹ markierten Feldern handelt es sich um Pflichtangaben bei fehlender SV-Nummer.

Name des Mitarbeiters

Personalnummer

--	--

Allgemeine Angaben

Name*		Vorname*	
Geburtsname*,¹		Geburtsdatum*	
Geburtsort*,¹		Nationalität*	
Geschlecht* ☐ männlich ☐ weiblich ☐ divers ☐ unbestimmt		Aufenthaltserlaubnis* (gültig bis)	Arbeitserlaubnis* (gültig bis)
Vollständige Adresse* (Straße, PLZ, Wohnort)		Land	

E-Mail-Adresse		Telefon	
IBAN *		BIC	☐ Barzahlung*
Bankname*	Kontoinhaber*	Schwerbehinderung* ☐ Ja ☐ Nein	
Beschäftigungsbetrieb (bei mehreren Betriebsstätten, z.B. Filiale)		Berufsbezeichnung	
Eintritt *	Ersteintritt	Austritt (bei Befristung) *	Kostenstelle
Arbeitnehmernummer Sozialkasse (Bau)			

Steuerliche Angaben

Steuer Identifikationsnummer*	Steuerklasse* Faktor (Steuerklasse 4)	Bei Rentnern, Rentenbescheid einreichen Rentenbeginn
Konfession* (z.B. katholisch etc.)	Konfession Ehegatte	Kinderfreibetrag*
Freibetrag jährlich €	Freibetrag monatlich €	Finanzamt
Hauptbeschäftigung* ☐ Nebenbeschäftigung* ☐		LSt-Freibetrag ☐ Hinzurechnungsbetrag ☐

Sozialversicherungsrechtliche Angaben

Sozialversicherungs-Nr* (nicht Krankenversicherungsnummer)		Gesetzliche Krankenkasse* (z.B. "AOK Rheinland-Pfalz/Saarland")	
Elterneigenschaft* ☐ Ja ☐ Nein Nachweis: ☐ Geburtsurkunde ☐ Abstammungsurkunde ☐ Vaterschaftsanerkennung ☐ Adoptionsurkunde Kind 1: Vorname / Familienname / Geburtsdatum	Kind 2: Vorname / Familienname / Geburtsdatum Kind 3: Vorname / Familienname / Geburtsdatum Kind 4: Vorname / Familienname / Geburtsdatum	Kind 5: Vorname / Familienname / Geburtsdatum Kind 6: Vorname / Familienname / Geburtsdatum Kind 7: Vorname / Familienname / Geburtsdatum	
Private Krankenversicherung* ☐ Ja ☐ Nein		Freiwillige Krankenversicherung* ☐ Ja ☐ Nein	
Gesamtbeitrag KV/PV €		Basisbeitrag KV/PV €	

Üben Sie weitere Beschäftigungen aus? * ☐ Ja ☐ Nein
Handelt es sich hierbei um eine geringfügige Beschäftigung? * ☐ Ja ☐ Nein

Name des Mitarbeiters

Personalnummer

--	--

Höchster Schulabschluss*

- ☐ ohne Schulabschluss
☐ Haupt-/Volksschulabschluss
☐ Mittlere Reife/gleichwertiger Abschluss
☐ Abitur/Fachabitur
☐ Abschluss unbekannt

Höchste Berufsausbildung*

- ☐ ohne beruflichen Ausbildungsabschluss
☐ Anerkannte Berufsausbildung
☐ Meister/Techniker/gleichwertiger Fachschulabschluss
☐ Bachelor
☐ Diplom/Magister/Master/Staatsexamen
☐ Promotion
☐ Abschluss unbekannt

Felder sind vom Arbeitgeber auszufüllen

Wöchentliche Arbeitszeit* ☐ Vollzeit ☐ Teilzeit Ggf. Verteilung der wöchentlichen Arbeitszeit (Stunden) Mo Di Mi Do Fr Sa So	Urlaubsanspruch (Kalenderjahr) Monatsstunden
--	---

Entlohnung (Mindestlohn 13,90 €)

Bruttogehalt* €	ab	Stundenlohn* €	ab
Bruttogehalt* €	ab	Stundenlohn* €	ab

VWL/Direktversicherung (Vertragskopie einreichen)

VWL/Direktversicherung bei:			
Vertrags-Nr:	Betrag €	Zuschuss €	ab
IBAN:	BIC:		

Angaben zu den Arbeitspapieren

Arbeitsvertrag	☐ liegt vor
Firmenfahrzeug; Fahrzeugschein, Kaufvertrag, Mitteilung BLP*	☐ liegt vor
Mitgliedsbescheinigung Krankenkasse	☐ liegt vor
Bescheinigung der privaten Krankenversicherung	☐ liegt vor
Bei Rentnern, Rentenbescheid*	☐ liegt vor
VWL Vertrag	☐ liegt vor
Nachweis Elterneigenschaft	☐ liegt vor
Vertrag Betriebliche Altersversorgung	☐ liegt vor
Schwerbehindertenausweis	☐ liegt vor
Unterlagen Sozialkasse Bau/Maler	☐ liegt vor

Notiz

Bei den mit * (Fett markierten Feldern handelt es sich um Pflichtangaben, ohne diese Angaben kann keine Anmeldung vorgenommen werden)!

Erklärung des Arbeitnehmers: Ich versichere, dass die vorgesehenen 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*

Datum*

 Bei Minderjährigen Unterschrift des
gesetzlichen Vertreters*

Datum*

Unterschrift Arbeitgeber*