

Firma:

Name des Mitarbeiters

Personalnummer

C** Die mit Sternchen und grau markierten Bereiche sind zwingend auszufüllen, da eine Anmeldung bei der Krankenkasse ansonsten nicht möglich ist! (Falls die Sozialversicherungsnummer nicht vorliegt oder bisher noch keine erteilt wurde, MUSS der Geburtsort und der Geburtsname angegeben werden!

Persönliche Angaben

**Familiename ggf. Geburtsname	**Vorname	
**Straße und Hausnummer inkl. Anschriftenzusatz	**PLZ, Ort	
**Geburtsdatum	**Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	
**Sozialversicherungsnummer		
**Geburtsort, -land – nur bei fehlender Versicherungs-Nr.	Schwerbehindert	<input type="checkbox"/> ja
**Staatsangehörigkeit		
IBAN	BIC	

Beschäftigung

**Eintrittsdatum		
Beruf	Ihre Tätigkeit im Unternehmen	
** <input type="checkbox"/> Hauptbeschäftigung <input type="checkbox"/> Nebenbeschäftigung		
Üben Sie weitere Beschäftigungen aus? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
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	
Wöchentliche Arbeitszeit: <input type="checkbox"/> Vollzeit <input type="checkbox"/> Teilz.	Ggf. Verteilung d. wöchentl. Arbeitszeit (Std.) Mo Di Mi Do Fr Sa So	

Befristung

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

Steuer

Personalfragebogen



Firma:

Name des Mitarbeiters

Personalnummer

Identifikationsnummer		Steuerklasse	Kinderfreibeträge	Konfession
-----------------------	--	--------------	-------------------	------------

Sozialversicherung

gesetzliche Krankenkasse /private Krankenkasse	Kind(er) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Freiwillig in der gesetzlichen Krankenkasse <input type="checkbox"/> ja	Bitte Mitgliedsbescheinigung der KK einreichen!

Entlohnung

Gehalt	Stundenlohn
Gültig ab	Gültig ab

VWL - nur notwendig wenn Vertrag vorliegt

Empfänger VWL	Betrag	AG-Anteil (Höhe mtl.)
	Seit wann	Vertragsnr.
IBAN	BIC	

Angaben zu den Arbeitspapieren

Arbeitsvertrag	<input type="checkbox"/> liegt vor
Bescheinigung über LSt.-Abzug	<input type="checkbox"/> liegt vor
SV-Ausweis	<input type="checkbox"/> liegt vor
Mitgliedsbescheinigung Krankenkasse	<input type="checkbox"/> liegt vor
Bescheinigung der privaten Krankenversicherung	<input type="checkbox"/> liegt vor
VWL Vertrag	<input type="checkbox"/> liegt vor
Nachweis Elterneigenschaft	<input type="checkbox"/> liegt vor
Vertrag Betriebliche Altersversorgung	<input type="checkbox"/> liegt vor
Schwerbehindertenausweis	<input type="checkbox"/> liegt vor

Angaben zu steuerpflichtigen Vorbeschäftigungszeiten im laufenden Kalenderjahr

Zeitraum von	Zeitraum bis	Art der Beschäftigung	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.

_____ Datum	_____ Unterschrift Arbeitnehmer	_____ Datum	_____ Bei Minderjährigen Unterschrift des gesetzlichen Vertreters
_____ Datum	_____ Unterschrift Arbeitgeber		