


# Personalfragebogen

per Fax an: 0351 - 320298-99

Firma: \_\_\_\_\_

## Persönliche Angaben

Familienname		Vorname		Geburtsname		Geburtsort	
Straße und Hausnummer				PLZ, Ort			
Anschriftenzusatz		Telefon		Geburtsdatum		<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	
E-Mail Adresse			Verheiratet? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		Staatsangehörigkeit		
Konto-Nr.		BLZ		Bank/ Sparkasse			
Kontoinhaber							

## Zeitraum

Eintrittsdatum		befristet bis		Soka- Nummer	
----------------	--	---------------	--	--------------	--

## Versicherung

Krankenkasse / Ort		Private Krankenversicherung	
Rentenversicherungsnummer		Letzte Pflichtkasse bei Privatversicherten	

## Tätigkeit

Berufsbezeichnung		Mehrfachbeschäftigung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		Behinderung <input type="checkbox"/> ja _____% <input type="checkbox"/> nein	
Berufsausbildung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		Sozialversicherungsnummer		Krankenkasse/ Ort	

## Entlohnung

## Arbeitszeit und Urlaub

Bruttogehalt		oder Stundenlohn		<input type="checkbox"/> Vollzeit <input type="checkbox"/> Minijob	
				<input type="checkbox"/> Teilzeit wöchentliche Arbeitszeit: _____ Std.	
				Urlaubsanspruch: _____ Tage	

Fahrtkostenzuschuß für öffentliche Verkehrsmittel: \_\_\_\_\_  
Km einfache Entfernung Wohnung-Arbeit: \_\_\_\_\_ (für Fahrtkostenerstattung)

## Steuer

Steuerklasse		Konfession		Anzahl der Kinderfreibeträge		Anzahl Kinder	
Steueridentifikationsnummer				bitte Zusatzblatt "Erklärung zur Pflegeversicherung" ausfüllen			

## Andere Einkünfte:

Ich übe bereits eine andere Tätigkeit aus		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Verdienst der Tätigkeit:		1. _____ €	
		2. _____ €	
<b>Ich verpflichte mich Arbeitslohnänderungen SOFORT mitzuteilen.</b>			

## 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 unverzüglich mitzuteilen. Auf die Aufstockungsmöglichkeit der Rentenversicherungsbeiträge gem. §5 (2) S.2 SGB VI wurde verzichtet.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Arbeitnehmer

# Personalfragebogen

per Fax an: 0351 - 320298-99

## Beitragszuschlag zur Pflegeversicherung für Kinderlose Bestätigung für den Arbeitgeber



Der Gesetzgeber hat mit Wirkung ab 01.01.2005 einen Beitragszuschlag zur Pflegeversicherung eingeführt. Der Beitragszuschlag ist für kinderlose Arbeitnehmer ab Vollendung des 23. Lebensjahres zu zahlen. Kinderlose Arbeitnehmer, die vor dem 01.01.1940 geboren sind und Arbeitnehmer im Wehr-/Zivildienst werden von der Zuschlagspflicht ausgenommen. Der erhöhte Beitrag ist nicht zu zahlen, wenn die Elterneigenschaft nachgewiesen wird. Bereits ein einzelnes Kind löst bei beiden Elternteilen die Zuschlagsfreiheit aus. Eine Lebendgeburt ist ausreichend, die Zuschlagspflicht dauerhaft auszuschließen. Berücksichtigt werden auch Adoptiv-, Stief- und Pflegekinder.

**Ich habe Kinder**             ja                             nein

Wer diese Bestätigung, dass er ein Kind hat, nicht erbringt, gilt bis zum Ablauf des Monats, in dem die Bestätigung vorliegt, als kinderlos und muss den Beitragszuschlag tragen. Erfolgt die Vorlage der Bestätigung innerhalb von drei Monaten nach der Geburt eines Kindes, gilt die Bestätigung mit Beginn des Monats, der dem Monat folgt, in dem die Bestätigung erbracht wird.

Ich bestätige hiermit die Richtigkeit der Angaben:

\_\_\_\_\_  
Name des Arbeitnehmers

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Arbeitnehmer