

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		 IHRE STEUERBERATER	

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

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

**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