

Personalfragebogen

- Bitte ergänzen Sie die fehlenden Angaben und überprüfen Sie die vorhandenen Eintragungen -

Bei den mit * markierten Feldern handelt es sich um Pflichtangaben
 *bei fehlender SV-Nummer Pflichtangabe

Allgemeine Angaben

| | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|---------------------------|
| Personal-Nr. | Name* | Vorname* | |
| geb. am* | Geburtsname ¹ | Geburtsort ¹ | Nationalität ¹ |
| Geschlecht <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> divers <input type="checkbox"/> unbestimmt | | Geburtsland ¹ | |
| Adresse: Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort, Land* | | | |

| | | | |
|----------------------|----------------------|---|--|
| E-Mail-Adresse | | Telefon | |
| IBAN | | BIC | Bank |
| Ausbildung als | | eingestellt als (Berufsbezeichnung) | |
| Bewerbung vom | Vertragsabschluss am | Urlaub | Monatsstunden Wochenstunden |
| Eintritt | Austritt | Befristung <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | |
| Fahrerlaubnis/Klasse | seit | Schwerbehinderung (lt. Nachweis) | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Grad: |

Steuerliche Angaben

| | | | |
|---|---------------------------------|--------------------|--|
| Steuerklasse* | Faktor (nur bei Steuerklasse 4) | Konfession* | Konfession Ehegatte* |
| Identifikationsnummer* | | Kinderfreibetrag* | <input type="checkbox"/> Hauptarbeitgeber <input type="checkbox"/> Nebenarbeitgeber |
| <input type="checkbox"/> LSt-Freibetrag <input type="checkbox"/> Hinzurechnungsbetrag | Betrag jährlich € | Betrag monatlich € | Finanzamt |

Sozialversicherungsrechtliche Angaben

| | | | |
|---|--------------------|---|------------------------------------|
| Sozialversicherungs-Nr.* | | berücksichtigungsfähige Kinder für PV-Zuschlag?* <input type="checkbox"/> Ja (lt. Anlage) <input type="checkbox"/> Nein | |
| Gesetzliche Krankenversicherung (bei privat Versicherten für die Abführung der RV)* | | Freiwillig krankenversichert?* <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | |
| Privat krankenversichert?* | Gesamtbeitrag KV € | Gesamtbeitrag PV € | Basisbeitrag KV Basisbeitrag PV |
| <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | | | |
| Arbeitnehmernummer Sozialkasse-Bau | | ggf. Versorgungswerk | Mitgliedsnummer |

Höchster beruflicher Ausbildungsabschluss*
 (Zutreffendes bitte ankreuzen)

| | |
|---|--------------------------|
| ohne beruflichen Abschluss | <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 | <input type="checkbox"/> |

Höchster allgemein bildender Schulabschluss*
 Zutreffendes bitte ankreuzen

| | |
|--|--------------------------|
| 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 | <input type="checkbox"/> |

Angaben zu weiteren Einnahmen* – Bitte ankreuzen:

| | | |
|---|---|--------------|
| Arbeitsentgelt aus einer anderen versicherungspflichtigen Beschäftigung | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | Entgelt in € |
| Wird eine geringfügige Beschäftigung ausgeübt?* | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | |

Felder sind vom Arbeitgeber auszufüllen

Arbeitszeit

| | | | | | |
|---|---|---|----------------|--|-----------------------|
| Wöchentliche Arbeitszeit <input type="checkbox"/> Vollzeit <input type="checkbox"/> Teilzeit | Ggf. Verteilung der wöchentlichen Arbeitszeit (Stunden) Mo Di Mi Do Fr Sa So | | | | Jahresurlaubsanspruch |
| Beitragsgruppe KV PV RV AV | Abteilungsnummer | Saisonarbeiter <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | Personengruppe | | |

Abrechnung

| | | | |
|----------------|--------------|--|----|
| Bruttogehalt € | ab | Bruttogehalt € | ab |
| Stundenlohn € | ab | Stundenlohn € | ab |
| Kostenstelle | Kostenträger | Lohn- und Gehaltsdokumente Online (LGO) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | |

VWL/Direktversicherung

| | | | |
|------------------------------|----------|------------|----|
| VWL / Direktversicherung bei | | | |
| Vertrags-Nr. | Betrag € | Zuschuss € | Ab |
| IBAN | | BIC | |

Notiz

| |
|--|
| |
| |
| |
| |

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, Unterschrift (Arbeitgeber)

Anlage Personalfragebogen: Angaben zu Kindern

Hiermit bestätige ich Folgendes:

- Ich bin kinderlos.
- Ich habe Kinder gemäß beigefügten Nachweisen:

| | | | |
|----|---------|-------------|--------------|
| 1. | _____ | _____ | _____ |
| | Vorname | Familiename | Geburtsdatum |
| 2. | _____ | _____ | _____ |
| | Vorname | Familiename | Geburtsdatum |
| 3. | _____ | _____ | _____ |
| | Vorname | Familiename | Geburtsdatum |
| 4. | _____ | _____ | _____ |
| | Vorname | Familiename | Geburtsdatum |
| 5. | _____ | _____ | _____ |
| | Vorname | Familiename | Geburtsdatum |

Nachweis beigefügt (bitte Zutreffendes ankreuzen):

- Geburtsurkunde
- Vaterschaftsanerkennung
- Abstammungsurkunde
- steuerliche Lebensbescheinigung des Einwohnermeldeamtes
- Bestätigung über das Pflegekindschaftsverhältnis durch die zuständige Behörde
- Adoptionsurkunde
- sonstige beweiskräftige Unterlagen: _____

Datum

Unterschrift