

**Personalfragebogen  
für geringfügig-, kurzfristig Beschäftigte bis 450 €**

Firma:	Personal Nr.
--------	--------------

**Persönliche Angaben**

Name/Geburtsname		Vorname	
Straße, Nr.		PLZ, Ort	
Geburtsdatum:		Geschlecht      männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/>	
Sozialversicherungs-Nr.		Familienstand    ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/>	
Geburtsort, -land		Schwerbehindert      ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
Staatsangehörigkeit		Arbeitnehmernummer Sozialkasse – Bau	
IBAN		BIC	
		Name der Bank	
Kostenstelle	Abteilungs-Nr.		Personengruppe

**Beschäftigung**

Eintrittsdatum		Betriebsstätte						
Berufsbezeichnung		Ausgeübte Tätigkeit						
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:	Verteilung der wöchentlichen Arbeitszeit (Std.)						Urlaubsanspr. (Kalenderjahr)	Sonderurlaub
	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa		

**Befristung**

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

**Steuer**

Identifikationsnr.	Finanzamt-Nr.	Steuerklasse/Faktor	Kinderfreibeträge	Konfession
--------------------	---------------	---------------------	-------------------	------------

**Sozialversicherung**

Gesetzliche Krankenkasse	Privat Krankenversichert? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Elterneigenschaft <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
--------------------------	--	---

**Entlohnung**

Bezeichnung	Betrag	Gültig ab	Stundenlohn	Gültig ab
-------------	--------	-----------	-------------	-----------

**Status bei Beginn der Beschäftigung:**

<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Ich übe eine sozialversicherungspflichtige Hauptbeschäftigung bei einem anderen Arbeitgeber aus
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Ich übe noch eine weitere Beschäftigung auf 400 Euro Basis aus
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Ich war in diesem Jahr bereits kurzfristig beschäftigt; Wenn ja, an wieviel Tagen: _____
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Ich bin selbstständig und übe hauptberuflich eine gewerbliche Tätigkeit aus
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Ich bin Hausfrau / Hausmann
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Ich bin Arbeitnehmer(in) in Elternzeit
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Ich bin Rentner(in) (Bitte Hinzuverdienstgrenze im Rentenbescheid beachten!)
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Ich bin Beamtin / Beamter
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Ich bin Schüler(in) einer allgemeinbildenden Schule. Eine Schulbescheinigung liegt bei.
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Ich bin Student(in) Die Studienbescheinigung mit Urlaubsnachweis liegt bei.
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Ich beziehe Bafög, Arbeitslosengeld, Elterngeld, Harz IV o.ä. (Ich weiß, dass meine Nebentätigkeit ggfs. den zuständigen Ämtern gemeldet werden muss. Bzw. es sind Hinzuverdienstgrenzen zu beachten!)

**Optionsrecht für die Aufstockung der Rentenvers. - Beiträge (§ 5 Abs. 2 Satz 2 SGB VI)**

(Optionsrecht besteht nicht bei kurzfristigen Beschäftigungen)

**Es besteht ab 1.1.13 grundsätzlich Versicherungspflicht**

Befreiungsantrag ist dieser Checkliste beigefügt   
Befreiungsantrag ist Bestandteil des Arbeitsvertrages

**Folgende Arbeitspapiere sind einzureichen:**

Arbeitsvertrag / evtl. Lohnsteuerkarte / Versicherungspolice zur privaten Krankenversicherung / Schwerbehinderten-Ausweis /
---

**Erklärung des Beschäftigten**

Ich versichere, dass die vorstehenden Angaben der Wahrheit entsprechen. Ich verpflichte mich alle Änderungen, insbesondere in Bezug auf weitere Beschäftigungen unverzüglich mitzuteilen. Bei unrichtigen Angaben werden Lohnsteuer und Sozialversicherungsbeiträge vom Arbeitnehmer zurückgefordert.

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

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