



Name: Firma (AG)

Personalfragebogen

Sozialversicherungspflichtig beschäftigte Arbeitnehmer

Name: Mitarbeiter/in (AN)

Personalnummer:

Persönliche Angaben

Familiennamen und Geburtsname		Vorname	
Straße und Hausnummer inkl. Anschriftenzusatz		PLZ, Ort	
Geburtsdatum		Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> unbestimmt <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers	
Geburtsort		Rentenversicherungsnummer	
Geburtsland		Schwerbehindert <input type="checkbox"/> *ja <input type="checkbox"/> nein	
Staatsangehörigkeit		Arbeitnehmernummer Sozialkasse – Bau	
<input type="checkbox"/> *Aufenthaltserlaubnis bis:		<input type="checkbox"/> *Arbeiterlaubnis bis:	
<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet			
IBAN		<input type="checkbox"/> Barzahlung	BIC

Beschäftigung

Eintrittsdatum		Ersteintrittsdatum		Betriebsstätte	
<input type="checkbox"/> Hauptbeschäftigung <input type="checkbox"/> Nebenbeschäftigung		Probezeit: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Dauer _____			
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			
Urlaubsanspruch (Kalenderjahr)		Wöchentl. /Tägl. Arbeitszeit <input type="checkbox"/> Vollzeit <input type="checkbox"/> Teilzeit		Verteilung d. wöchentl. Arbeitszeit (Std.) Mo Di Mi Do Fr Sa So	
Kostenstelle Abt.-Nummer		Personengruppe		Im Baugewerbe beschäftigt seit	

Status vor Beginn der Beschäftigung

<input type="checkbox"/> Arbeitnehmer/in	<input type="checkbox"/> Beamtin/Beamter	<input type="checkbox"/> Schulentlassene/r	<input type="checkbox"/> ALG-/Sozialhilfeempfänger/in
<input type="checkbox"/> Arbeitnehmer/in in Elternzeit	<input type="checkbox"/> Hausfrau/Hausmann	<input type="checkbox"/> Selbständige/r	<input type="checkbox"/> Studienbewerber/in
<input type="checkbox"/> Arbeitslose/r	<input type="checkbox"/> Schüler/in	<input type="checkbox"/> Student/in	<input type="checkbox"/> Wehr-/Zivildienstleistender
<input type="checkbox"/> Sonstige:			

Steuer

Identifikationsnr.		*Kinderfreibeträge	
Steuerklasse/Faktor	Konfession	Pauschalierung <input type="checkbox"/> 2% <input type="checkbox"/> 20%	Wer trägt die Steuer <input type="checkbox"/> AN <input type="checkbox"/> AG

Sozialversicherung

Krankenversicherung <input type="checkbox"/> Gesetzlich <input type="checkbox"/> *Privat	Name Krankenkasse/ *Priv. Versicherung
UV-Gefahrentarif	DEÜV-Status

Entlohnung

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

VWL / betriebl. Altersversorgung - nur notwendig, wenn Vertrag vorliegt

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

Üben Sie weitere Beschäftigungen aus?

ja nein

Angaben zu weiteren Beschäftigungen

(bei kurzfristig Beschäftigten auch Vorbeschäftigungen des aktuellen Kalenderjahres)

Zeitraum	Arbeitgeber	Art der Tätigkeit	Wöchentliche Arbeitszeit
von:		<input type="checkbox"/> Minijob	
bis:		<input type="checkbox"/> Arbeitnehmer/in (sv-pflichtig)	
		<input type="checkbox"/> kurzfristig beschäftigt	
von:		<input type="checkbox"/> Minijob	
bis:		<input type="checkbox"/> Arbeitnehmer/in (sv-pflichtig)	
		<input type="checkbox"/> kurzfristig beschäftigt	

Wichtige Unterlagen zur Lohn- / Gehaltsabrechnung

*Für Angaben, die mit einem Stern versehen sind, werden generell die entsprechenden Nachweise benötigt!

Arbeitsvertrag	<input type="checkbox"/> liegt vor	Bescheinigung der privaten Krankenversicherung	<input type="checkbox"/> liegt vor
Beschein. Über LSt.-Abzug / Beschäftigungstage bei Vorarbeitgebern	<input type="checkbox"/> liegt vor	VWL-Vertrag / betriebl. Altersversorgung	<input type="checkbox"/> liegt vor
Nachweis der Elterneigenschaft	<input type="checkbox"/> liegt vor	Schul-/Studienbescheinigung	<input type="checkbox"/> liegt vor
		Schwerbehindertenausweis	<input type="checkbox"/> liegt vor
		Unterlagen Sozialkasse z.B. Bau/Maler	<input type="checkbox"/> liegt vor

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/in	_____ Datum	Bei Minderjährigen Unterschrift des gesetzlichen Vertreters
_____ Datum	_____ Unterschrift Arbeitgeber/in		

Nachweis der Elterneigenschaft

Arbeitgeber/in

Firma:

Adresse:

Arbeitnehmer/in

Name:

Vorname:

Adresse:

Geburtsdatum:

Mit den beigefügten Unterlagen weise ich meine Elterneigenschaft für folgende Kinder nach:

1.

Vorname / Familienname / Geburtsdatum

2.

Vorname / Familienname / Geburtsdatum

3.

Vorname / Familienname / Geburtsdatum

4.

Vorname / Familienname / Geburtsdatum

5.

Vorname / Familienname / Geburtsdatum

Der Nachweis wird mit folgenden beigefügten Unterlagen erbracht:

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

X

Ort, Datum

X

Unterschrift Arbeitnehmer/in

Nach § 17 MiLoG und § 3 Abs. 2 Nr.1 ArbSchG müssen Beginn, Ende und Dauer der täglichen Arbeitszeit für alle Beschäftigten festgehalten werden. Die Dokumentation muss spätestens bis zum Ablauf des siebten Tags, der auf den Tag der Arbeitsleistung folgenden Kalendertages erfolgt sein. Diese Aufzeichnungspflicht gilt nicht nur für die Branchen aus § 2 a SchwarzArbG, sondern auch für sämtliche Arbeitgeber.

Name: Firma (AG)

Kalenderwoche

Name: Mitarbeiter/in (AN)

Personalnummer

Datum	Arbeitszeit (von – bis)	Pause	Arbeitszeit	Bemerkung (z.B. Urlaub/Krankheit/Feiertag)

X

Ort, Datum

X

Unterschrift Arbeitnehmer/in

X

Unterschrift Arbeitgeber/in