

Personal Erfassungsbogen

* **Pflichtfelder** bitte unbedingt ausfüllen



Telefon 03438650227
Telefax 03438650288

Name der Firma

I. Persönliche Mitarbeiterdaten

Personalnummer

Name*

Vorname*

Staatsangehörigkeit

Straße, Hausnummer*

PLZ, Ort*

Telefon

Mobiltelefon

E-Mail

Familienstand

Geburtsdatum*

Geburtsname*

Geburtsort / Land*

Geschlecht weibl. <input type="checkbox"/> männl. <input type="checkbox"/> divers <input type="checkbox"/> unbest. <input type="checkbox"/>

Rentenversicherungs-Nr.

II. Steuermerkmale

Pauschale Lohnsteuer trägt AG <input type="checkbox"/> AN <input type="checkbox"/>
--

Steuer-IdNr.*

Hauptarbeitgeber* ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>

Steuerklasse

Kinderfreibetrag

Konfession

Konfession Ehegatte

Freibetrag Monat / Jahr

Basistarif Vorsorgeaufw. (privat Vers.)

III. Sozialversicherungsdaten ** Bitte Antrag beifügen

Berufsstatus

Angestellter / Arbeiter <input type="checkbox"/>	Auszubildender <input type="checkbox"/>
--	---

Geringfügig Beschäftigter (bis 556,00 €) <input type="checkbox"/>	
---	--

Kurzfristig Beschäftigter <input type="checkbox"/>	Rentner <input type="checkbox"/>
--	----------------------------------

Sonstiges

Befreiung in RV bei geringfügiger Besch. ja** <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
--

Abrechnung als Midijob (556,01 € - 2000,00 €) ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>

Elterneigenschaft* <small>Bitte Nachweis beifügen</small> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>

Kinder* <small>nur Kinder unter 25 Jahren mit Name und Geburtsdatum</small>

Name der Krankenkasse* <small>Bitte Nachweis beifügen</small>

Versicherungsstatus*

Pflicht-/sonstig versichert <input type="checkbox"/>
--

Freiwillig versichert <input type="checkbox"/>
--

Freiwillig versichert ohne Zuschuss <input type="checkbox"/>
--

Privat versichert <input type="checkbox"/>
--

Monatliche Prämie KV <input type="checkbox"/>

Monatliche Prämie PV <input type="checkbox"/>

Hat eine Krankentagegeldversicherung <input type="checkbox"/>

Privat versichert ohne Zuschuss <input type="checkbox"/>
--

Bisher nicht versichert <input type="checkbox"/>
--

Familienversichert <input type="checkbox"/>

Berufständische Versorgungseinr. <small>Bitte Nachweis beifügen</small>

BV-Mitgliedsnummer

BV-Abführung Firmenzahler <input type="checkbox"/> Selbstzahler <input type="checkbox"/>
--

Beschäftigungsart* Vollzeit <input type="checkbox"/> Teilzeit <input type="checkbox"/>
--

Es liegt eine weitere Beschäftigung vor* ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
--

Schwerbehinderung in % <small>Bitte Nachweis beifügen</small>

* **Pflichtfelder** bitte unbedingt ausfüllen

IV. Beschäftigung	
Arbeitsstunden pro Tag / pro Woche*	
Beschäftigt als	
Höchster Schulabschluss*	
Ohne Schulabschluss	<input type="checkbox"/>
Haupt- / Volksschulabschluss	<input type="checkbox"/>
Mittlere Reife oder gleichwertig	<input type="checkbox"/>
Abitur / Fachabitur	<input type="checkbox"/>
Höchste berufliche Ausbildung*	
Ohne berufliche Ausbildung	<input type="checkbox"/>
Abschluss einer anerkannten Berufsausbildung	<input type="checkbox"/>
Meister-, Techniker- oder gleichwertige Fachschulabsb.	<input type="checkbox"/>
Bachelor	<input type="checkbox"/>
Diplom / Magister / Master / Staatsexamen	<input type="checkbox"/>
Promotion	<input type="checkbox"/>
Beschäftigungsbeginn*	
Arbeitsvertrag befristet* ja <input type="checkbox"/> bis nein <input type="checkbox"/>	
Urlaubsanspruch anteilig laufendes Kalenderjahr	
Urlaubsanspruch volles Kalenderjahr	
Auszahlungsart Überweisung <input type="checkbox"/> Bar <input type="checkbox"/>	
Name der Bank	
BIC*	
IBAN*	
Kontoinhaber*	
Vereinbartes Bruttoentgelt* €/ Stunde	
€/ Monat	

V. Sonstiges		** Bitte Kopie der Verträge	
Beamter / Richter / Soldat	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
Nebenbeschäftigung Arbeitsloser	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
Ausnahmen RV-Befreiung			
Altersvollrentner			<input type="checkbox"/>
Ruhestandsbeamter			<input type="checkbox"/>
Bezieher einer berufsständischen Versorgung			<input type="checkbox"/>
AN, der bis zum Erreichen der Regelaltersgrenze nie RV-versichert war			<input type="checkbox"/>
Vermögenswirksame Leistungen (VWL)**			
Zukunftssicherungsleistungen**			
PKW-Versteuerung (Firmenwagennutzung)**			
Tarifbindung	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
Tarifvertrag			
VI. Arbeitgeberinformationen			
Betriebsstätte			
Kostenstelle			
Kostenträger			
Personalgruppe			
Stammpersonal	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
Arbeitnehmerüberlassung	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	

Hinweis:

Verweigert der Arbeitnehmer die Herausgabe der Steuer-IdNr., so wird dieser mit Steuerklasse VI abgerechnet.

Wird bei geringfügiger Beschäftigung eine Befreiung von der RV-Pflicht beantragt, so ist dieser Antrag sofort beizufügen. Eine rückwirkende Berücksichtigung ist nicht zulässig.

Bitte prüfen Sie die Daten auf Vollständigkeit und Richtigkeit und bestätigen Sie diese mit Ihrer Unterschrift.

Dieser Beleg ist im Original an die Personalabteilung zurück zu geben.

Ich versichere die Richtigkeit der vorstehenden Angaben. Eine Änderung meiner vorstehenden persönlichen Daten teile ich unverzüglich und unaufgefordert mit.

Datum, Unterschrift