

Personalfragebogen für sozialversicherungspflichtige Beschäftigte

(grau hinterlegte Felder sind vom Arbeitgeber auszufüllen)

JHI | Kanzlei Jochen Hutter
Unternehmensberatung
Bahnhofstr. 22 | 74706 Osterburken

Firma:

Kooperation:

SWO | Steuerberatungs-
gesellschaft mbH

Name des Mitarbeiters

Personalnummer

Persönliche Angaben

Nachname	Vorname
Straße und Hausnummer inkl. Anschriftenzusatz	PLZ, Ort
Geburtsdatum	Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
Versicherungsnummer: gem. Sozialvers.Ausweis _____ Falls nicht vorhanden unbedingt ausfüllen:	Familienstand
	Staatsangehörigkeit
	Schwerbehindert <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	<input type="checkbox"/> Barzahlung
Geburtsname:	
Geburtsort:	
Geburtsland:	
Kontonummer (IBAN)	Bankleitzahl/Bankbe- zeichnung (BIC)

Beschäftigung

Eintrittsdatum	Ersteintrittsdatum	Betriebsstätte
Beschäftigt als		
<input type="checkbox"/> Hauptbeschäftigung <input type="checkbox"/> Nebenbeschäftigung	Probezeit: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Dauer der Probezeit: _____	
Üben Sie weitere Beschäftigungen aus? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Handelt es sich hierbei um eine geringfügige Beschäftigung? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
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 Berufs- ausbildung <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	
Beginn der Ausbildung:	Voraussichtliches Ende der Ausbildung:	
Wöchentliche Arbeitszeit: <input type="checkbox"/> Vollzeit <input type="checkbox"/> Teilzeit	Verteilung d. wöchentl. Arbeitszeit (Std.) Mo Di Mi Do Fr Sa So	Urlaubsanspruch (Kalenderjahr)

Steuer

Identifikationsnr.	Finanzamt	Steuerklasse/ Faktor	Kinderfreibeträge	Konfession

--	--	--	--	--

Personalfragebogen für sozialversicherungspflichtige Beschäftigte

(grau hinterlegte Felder sind vom Arbeitgeber auszufüllen)

JHI | Kanzlei Jochen Hutter
Unternehmensberatung
Bahnhofstr. 22 | 74706 Osterburken

Firma:

Kooperation:

SWO | Steuerberatungs-
gesellschaft mbH

Name des Mitarbeiters

Personalnummer

Sozialversicherung

Krankenversicherung <input type="checkbox"/> Gesetzlich <input type="checkbox"/> Privat (Bescheinigung beifügen)		Name Krankenkasse/ Priv. Versicherung	
Elterneigenschaft		<input type="checkbox"/> ja (Geburtsurkunde eines Kindes beifügen)	<input type="checkbox"/> nein

Entlohnung

Bezeichnung	Betrag	Gültig ab	Stundenlohn	Gültig ab

VWL - nur notwendig wenn Vertrag vorliegt

Empfänger VWL	Betrag	AG-Anteil (Höhe mtl.)
	Seit wann	Vertragsnr.

Befristung

<input type="checkbox"/> Das Arbeitsverhältnis ist befristet / <input type="checkbox"/> zweckbefristet	Befristung Arbeitsvertrag zum:
<input type="checkbox"/> Schriftlicher Abschluss des befristeten Arbeitsvertrages	Abschluss Arbeitsvertrag am:
<input type="checkbox"/> befristete Beschäftigung ist für mindestens 2 Monate vorgesehen, mit Aussicht auf Weiterbeschäftigung	

Angaben zu steuerpflichtigen Vorbeschäftigungszeiten im laufenden Kalenderjahr

Zeitraum von	Zeitraum bis	Art der Beschäftigung	Anzahl der Beschäftigungstage

Bescheinigungen elektronisch annehmen (Bea)

<input checked="" type="checkbox"/> Ich widerspreche der elektronischen Übermittlung von Arbeits- und Nebeneinkommensbescheinigungen an die Bundesagentur für Arbeit
--

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	Bei Minderjährigen Unterschrift des gesetzlichen Vertreters
_____ Datum	_____ Unterschrift Arbeitgeber		