

PERSONALFRAGEBOGEN

Bitte am Computer ausfüllen, ausdrucken und von Hand unterschreiben. Rot umrandete Felder sind vom Arbeitgeber auszufüllen.

Firma

Name Mitarbeiter/in

Personalnummer

Persönliche Angaben

Familienname

Vorname

Geburtsdatum

Geburtsname (bei fehlender Versicherungs-Nr.)

Straße und Hausnummer

Anschriftenzusatz

PLZ

Ort

Telefon privat

Mobil

E-Mail

Versicherungsnummer (gem. Sozialversicherungsausweis)

Familienstand

Staatsangehörigkeit

Geburtsort und -land (nur bei fehlender Versicherungs-Nr.)

Geschlecht

männlich

weiblich

divers

unbestimmt

Schwerbehindert

ja

nein

Bankverbindung

IBAN

BIC

Barzahlung

Beschäftigung

Eintrittsdatum

Ersteintrittsdatum

Betriebsstätte

Berufsbezeichnung

Probezeit

ja

Dauer der
Probezeit

nein

Hauptbeschäftigung

Nebenbeschäftigung

Üben Sie weitere Beschäftigungen aus?

ja

nein

Wenn ja: Handelt es sich hierbei um eine geringfügige Beschäftigung?

ja

nein

Wenn nicht geringfügig Beschäftigt: Überschreiten Sie mir dem Verdienst aus dem anderen Anstellungsverhältnis regelmäßig 2.000 € mtl.

ja

nein

Höchster Schulabschluss

ohne Schulabschluss

Haupt-/Volksschulabschluss

Mittlere Reife/gleichwertiger Abschluss

Abitur/Fachabitur

Urlaubsanspruch (Kalenderjahr)

Wöchentliche Arbeitszeit
Std.

Verteilung der wöchentlichen Arbeitszeit (Stunden)

Mo

Di

Mi

Do

Fr

Sa

So

Kostenstelle Abt.-Nummer

Höchste Berufsausbildung

ohne beruflichen Ausbildungsabschluss

Anerkannte Berufsausbildung

Meister/Techniker/gleichwertiger Fachschulabschluss

Bachelor

Diplom/Magister/Master/Staatsexamen

Promotion

Tarifvertrag

ja

nein

Arbeitnehmerüberlassung

ja

nein

Befristung

Das Arbeitsverhältnis ist befristet.	Befristung des Arbeitsverhältnis bis
Das Arbeitsverhältnis ist zweckbefristet.	Befristung des Arbeitsverhältnis bis
Schriftlicher Abschluss des befristeten Arbeitsvertrages	Abschluss des Arbeitsvertrags am
Befristete Beschäftigung ist für mindestens zwei Monate vorgesehen, mit Aussicht auf Weiterbeschäftigung	

Steuer

Identifikationsnummer Steuerklasse/Faktor Kinderfreibeträge Konfession

Vermerk: ohne Steuer ID Abrechnung mit Steuerklasse 6

Sozialversicherung

Krankenkasse (bei privater Versicherung zusätzlich letzte gesetzliche Krankenkasse)

Sind Sie freiwillig gesetzlich versichert? ja nein
Bitte Nachweis dazu einreichen.

Statuskennzeichnung

Wenn ja, sind Sie verpflichtet ein Statusfeststellungsverfahren durchzuführen Informationen dazu finden Sie auf folgender Webseite:
<https://www.deutsche-rentenversicherung.de/DRV/DE/Home>

Ehegatte/eingetragener Lebenspartner/Abkömmling des Firmeninhabers? ja nein
Geschäftsführender Gesellschafter einer GmbH? ja nein

Entlohnung (Gehalt, Stundenlohn, Sachbezüge,...)¹

Bezeichnung	Betrag	Gültig ab	Stundenlohn	Gültig ab
Zuschläge	Betrag	Gültig ab	Prämie	Gültig ab
Sachbezüge	Betrag	Gültig ab	Sonderzahlungen	Gültig ab

AG-Anteil (Höhe monatlich)

VWL (nur notwendig, wenn Vertrag vorliegt)

Empfänger VWL Betrag

IBAN BIC Seit wann Vertragsnummer

¹ Hinweis: AN und AG können Sachbezüge als Teil des Arbeitsentgelts vereinbaren, wenn dies dem Interesse des Arbeitnehmers entspricht. Damit die wirtschaftliche Freiheit des AN gewährleistet bleibt, ist in § 103 Abs 2 Satz 5 GewO bestimmt, dass ihm der AG mindestens das Arbeitsentgelt in Höhe des Pfändungsfreibetrags in Geld leisten muss.

Angaben zu den steuerpflichtigen Vorbeschäftigungszeiten im laufenden Kalenderjahr

Zeitraum von	Zeitraum bis	Art der Beschäftigung	Anzahl der Beschäftigungstage
--------------	--------------	-----------------------	-------------------------------

Angaben zu den Arbeitspapieren

Arbeitsvertrag	liegt vor	Vertrag betrieblicher Altersvorsorge	liegt vor
Bescheinigung der privaten KV*	liegt vor	Schwerbehindertenausweis	liegt vor
VWL-Vertrag	liegt vor		

Erklärung des Arbeitnehmers:

Ich versichere, dass die voranstehenden 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.

 Ort, Datum

 Unterschrift Arbeitnehmer

 Ort, Datum

 bei Minderjährigen Unterschrift des
gesetzlichen Vertreters

 Ort, Datum

 Unterschrift Arbeitgeber

Formular drucken

*KV = Krankenversicherung