

Personalfragebogen Auszubildende

- Umfang: 2 Seiten; bitte vollständig einreichen -

Dieser Personalfragebogen dient der Erfassung Ihrer Personaldaten für ein Lohnabrechnungsprogramm (SBS). Zur Wahrung der Aufbewahrungsfristen wird der ausgefüllte Personalfragebogen vom Arbeitgeber / von der lohnabrechnenden Stelle gespeichert.

Ich nehme zur Kenntnis, dass ohne Angabe meiner Sozialversicherungsnummer sowie meiner Steuer-Identifikationsnummer eine Gehaltsabrechnung nicht durchgeführt werden kann. Ich willige ein, dass Daten, die zu mir bei den Sozialversicherungsträgern und bei der Finanzverwaltung elektronisch gespeichert sind, für Zwecke der Gehaltsabrechnung abgerufen werden können.

Persönliche Angaben	Arbeitgeber(in):	
Familienname: ggf. Geburtsname:	Vorname/Geschlecht:	<input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> d <input type="checkbox"/> m
Straße, Hausnummer:	PLZ, Ort:	
Geburtsdatum:	Familienstand:	
Sozialversicherungsnummer:	<u>oder</u> Geburtsort und -land:	
Staatsangehörigkeit:	schwerbehindert: ja <input type="checkbox"/> (bitte ggf. Kopie des nein <input type="checkbox"/> Ausweises beifügen)	
Kontonummer / (IBAN):	Bankleitzahl / Bank (BIC):	

Beschäftigung			
Eintrittsdatum in Betrieb:		Eintritt in den Beruf:	
Berufsbezeichnung:		Ausgeübte Tätigkeit:	
Diese Stelle ist Ihre oder eine	Hauptbeschäftigung <input type="checkbox"/> Nebenbeschäftigung <input type="checkbox"/>	Üben Sie weitere Beschäftigungen aus?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Höchster Schulabschluss:		Höchste Berufsausbildung:	
- ohne Schulabschluss	<input type="checkbox"/>	- ohne beruflichen Ausbildungsabschluss	<input type="checkbox"/>
- Haupt-/Volksschulabschluss	<input type="checkbox"/>	- anerkannte Berufsausbildung	<input type="checkbox"/>
- Mittlere Reife/gleichwertiger Abschluss	<input type="checkbox"/>	- Meister/Techniker/gleichwertiger Abschluss	<input type="checkbox"/>
- Abitur/Fachabitur	<input type="checkbox"/>	- Bachelor	<input type="checkbox"/>
		- Diplom/Magister/Master/Staatsexamen	<input type="checkbox"/>
		- Promotion	<input type="checkbox"/>
a) Vertragliche Arbeitszeit:		b) Verteilung der Arbeitszeit (in Stunden/Woche):	
_____ Std je Woche oder _____ Std je Monat		Montag	Dienstag
		Mittwoch	Donnerstag
		Freitag	Samstag
		Sonntag	

Ausbildung		
Die Ausbildung	beginnt am :	endet am:
Eventuell vereinbarte Probezeit:	beginnt am :	endet am:

Ausbildungsvergütung		
1. Ausbildungsjahr	Betrag:	gültig ab:
2. Ausbildungsjahr	Betrag:	gültig ab:
3. Ausbildungsjahr	Betrag:	gültig ab:

Bitte unterschrieben zurück an:

Steuerberater Dr. Weigl u. Bormann PartG mbB Lütke Berg 4 - 6 48341 Altenberge
Telefon 02505/9354-0 Fax 02505/9354-19 lohn@stbweigl.de

Sozialversicherungsrechtlicher Status vor Eintritt in die Beschäftigung

- Arbeitnehmer/in	<input type="checkbox"/>	- Arbeitslose/r	<input type="checkbox"/>	- Schulentlassene/r	<input type="checkbox"/>
- Arbeitnehmer/in in Elternzeit	<input type="checkbox"/>	- Hausfrau/-mann	<input type="checkbox"/>	- Studienbewerber/in	<input type="checkbox"/>
- Beamtin/Beamter	<input type="checkbox"/>	- Selbständige/r	<input type="checkbox"/>	- Student/in	<input type="checkbox"/>
- ALG-/Sozialhilfeempfänger/in	<input type="checkbox"/>	- Schüler/in	<input type="checkbox"/>	- Wehr-/Zivildienstleist.	<input type="checkbox"/>
- Sonstiger:	<input type="text"/>				

Steuer

Identifikations-Nr.:(zwingend !!)	Steuerklasse:	Faktor:
Kinderfreibeträge:	Freibetrag:	Konfession:

Bescheinigungen elektronisch annehmen (Bea)

Ich widerspreche der elektronischen Übermittlung von Arbeits- und Nebeneinkommensbescheinigungen an die Bundesagentur für Arbeit

Sozialversicherung

Krankenversicherung:(Name)	Haben Sie Kinder ? (leibliche,Adoptiv-,Stiefkinder) (Geb.urkunde beifügen!) - ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
----------------------------	--

Beigefügte Arbeitspapiere / Unterlagen (bitte Kopien einreichen)

- Ausbildungsvertrag (mit Unterschriften)	<input type="checkbox"/>	ist beigefügt
- Sozialversicherungsausweis	<input type="checkbox"/>	ist beigefügt
- Mitgliedsbescheinigung Ihrer Krankenkasse	<input type="checkbox"/>	ist beigefügt
- Schwerbehindertenausweis	<input type="checkbox"/>	ist beigefügt
- Geburtsurkunde Ihres Kindes	<input type="checkbox"/>	ist beigefügt <small>(zwingend erforderlich zur Berechnung des Zuschlages zur Pflegeversicherung)</small>
- VWL-Vertrag	<input type="checkbox"/>	ist beigefügt
- Vertrag über betriebliche Altersversorgung	<input type="checkbox"/>	ist beigefügt
- Ihre eigene Anlage zur Ergänzung der Angaben	<input type="checkbox"/>	ist beigefügt
- Sonstiges:	<input type="checkbox"/>	ist beigefügt

Erklärung der Arbeitnehmerin / 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	_____ Unterschrift Arbeitgeber in)
_____ Datum	_____ Unterschrift: Erziehungsberechtigte/r (bei Minderjährigen)		