

Arbeitgeber:

Name des Mitarbeiters:

Personalnummer:

**Bitte vollständig ausfüllen, anderenfalls ist eine Abrechnung nicht möglich.**

## Persönliche Angaben

Familienname ggf. Geburtsname		Vorname	
Straße und Hausnummer inkl. Anschriftenzusatz		PLZ, Ort	
Geburtsdatum		Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	
Sozialversicherungsnummer		Familienstand	Anzahl Kinder (Kopie Geb.-Urkunde)
Identifikationsnummer	Steuerklasse	Konfession	
Geburtsort, -land.		Schwerbehindert (Kopie Ausweis)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Staatsangehörigkeit		Arbeitnehmernummer Sozialkasse – Bau	
IBAN		Bankbezeichnung	
BIC			

## Beschäftigung

Eintrittsdatum		Betriebsstätte / Kostenstelle	
Gehalt		Stundenlohn <small>Mindestlohn beachten</small>	
Berufsbezeichnung		Ausgeübte Tätigkeit	
<input type="checkbox"/> Hauptbeschäftigung		<input type="checkbox"/> Nebenbeschäftigung	
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	
Beginn der Ausbildung:		Voraussichtliches Ende der Ausbildung:	
Arbeitsverhältnis befristet <input type="checkbox"/> ja, bis _____ <input type="checkbox"/> nein			
Wöchentliche Arbeitszeit insgesamt: _____ Stunden			
Aufteilung Arbeitszeit mit genauer Stundenangabe			
<input type="checkbox"/> Mo Std.	<input type="checkbox"/> Di Std.	<input type="checkbox"/> Mi Std.	<input type="checkbox"/> Do Std.
<input type="checkbox"/> Fr Std.	<input type="checkbox"/> Sa Std.	<input type="checkbox"/> So Std.	

# Personalfragebogen

Arbeitgeber:

Name des Mitarbeiters:

Personalnummer:

## Sozialversicherung

Gesetzliche Krankenversicherung:	<input type="checkbox"/> freiwillig	<input type="checkbox"/> pflichtversichert
Private Krankenversicherung:	<input type="checkbox"/> selbst	<input type="checkbox"/> mitversichert
Versorgungswerk:	Mitgliedsnummer	

## VWL (nur notwendig wenn Vertrag vorliegt)

Vermögenswirksame Leistungen <input type="checkbox"/> ja (bitte Vertrag einreichen) <input type="checkbox"/> nein	Höhe AG-Anteil
--	----------------

**Üben Sie weitere Beschäftigungen aus?**       ja       nein

### Angaben zu weiteren Beschäftigungen

(bei kurzfristig Beschäftigten auch zu Vorbeschäftigungen aus dem Vorjahr)

Zeitraum	Arbeitgeber	Art der Tätigkeit	wöchentl. Arbeitszeit	mtl. Entgelt
von: bis:		<input type="checkbox"/> nicht geringfügig entlohnt <input type="checkbox"/> Minijob <input type="checkbox"/> kurzfristige Beschäftigung		
von: bis:		<input type="checkbox"/> nicht geringfügig entlohnt <input type="checkbox"/> Minijob <input type="checkbox"/> kurzfristige Beschäftigung		

## Anlagen zu den Arbeitspapieren (in Kopie)

Arbeitsvertrag	<input type="checkbox"/> liegt vor
Ausbildungsvertrag	<input type="checkbox"/> liegt vor
Schwerbehindertenausweis	<input type="checkbox"/> liegt vor
Beitragsbescheinigung private Kranken- und Pflegeversicherung	<input type="checkbox"/> liegt vor
Bescheinigung des Versorgungswerks	<input type="checkbox"/> liegt vor
Kopie Geburtsurkunde Kind(er)	<input type="checkbox"/> liegt vor
VWL Vertrag	<input type="checkbox"/> liegt vor
Vertrag Betriebliche Altersversorgung	<input type="checkbox"/> liegt vor
Unterlagen Sozialkasse Bau/Maler	<input type="checkbox"/> liegt vor
Unterlagen Statusfeststellungsverfahren	<input type="checkbox"/> liegt vor

Arbeitgeber:

Name des Mitarbeiters:

Personalnummer:

## Information zum Übergangsbereich/“Midijob“

Das Arbeitsentgelt befindet sich innerhalb des Übergangsbereichs. Der Arbeitnehmer zahlt durch die Anwendung des Übergangsbereichs geringere Sozialversicherungsbeiträge, die vom einem reduzierten Arbeitsentgelt berechnet werden. Es ist gewährleistet, dass der Arbeitnehmer rentenrechtlich für die spätere Rente keine Nachteile erleidet.

**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		