

Personalfragebogen für kurzfristig Beschäftigte

(Befristung bis 3 Monate oder 70 Arbeitstage)



Dieser Personalfragebogen dient der Erfassung von Personaldaten für ein Lohnabrechnungsprogramm. Zur Wahrung der Aufbewahrungsfristen wird der ausgefüllte Personalfragebogen von dem Arbeitgeber/ der lohnabrechnenden Stelle gespeichert.

Persönliche Angaben		Arbeitgeber: <input style="width: 100%;" type="text"/>	
Familiename:	Vorname:	<input type="checkbox"/>	w <input type="checkbox"/> d
ggf. Geburtsname:		<input type="checkbox"/>	m
Straße, Hausnummer:	PLZ, Ort:		
Geburtsdatum:	Familienstand:		
Sozialversicherungsnummer:		oder Geburtsort und -land:	
Staatsangehörigkeit:	schwerbehindert:	ja <input type="checkbox"/>	(bitte ggf. Kopie des Ausweises beifügen)
		nein <input type="checkbox"/>	
Kontonummer (IBAN):	Bankleitzahl / Bank (BIC):		

Beschäftigung			
Eintrittsdatum in Betrieb:	beschäftigt als:		
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		Montag	Dienstag
oder		Mittwoch	Donnerstag
_____ Std je Monat		Freitag	Samstag
		Sonntag	
Die geleisteten Arbeitsstunden müssen <u>wöchentlich</u> gesondert aufgezeichnet werden !			

Befristung
Das Arbeitsverhältnis ist befristet bis zum : <input style="width: 80%;" type="text"/>

Status vor Eintritt in die Beschäftigung			
- Arbeitnehmer/in	<input type="checkbox"/>	- Arbeitslose/r	<input type="checkbox"/>
- Arbeitnehmer/in in Elternzeit	<input type="checkbox"/>	- Hausfrau/-mann	<input type="checkbox"/>
- Beamtin/Beamter	<input type="checkbox"/>	- Selbständige/r	<input type="checkbox"/>
- ALG-/Sozialhilfeempfänger/in	<input type="checkbox"/>	- Schüler/in	<input type="checkbox"/>
- Sonstiger:	<input style="width: 100%;" type="text"/>		
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>

Bescheinigungen elektronisch annehmen (Bea)	
<input type="checkbox"/>	Ich widerspreche der elektronischen Übermittlung von Arbeits- und Nebeneinkommensbescheinigungen an die Bundesagentur für Arbeit

Weitere Beschäftigungen

Im laufenden Kalenderjahr habe ich bereits eine/mehrere befristete Beschäftigung/en ausgeübt oder war als Beschäftigungslose/r arbeits- bzw. ausbildungssuchend gemeldet.

ja
 nein

Zeitraum von	Zeitraum bis	Anzahl der Beschäftigungstage	Arbeitgeber mit Adresse

Steuer

Identifikations-Nr.:	Freibetrag:	Kinderfreibeträge:
Steuerklasse/Faktor:	Konfession:	

Sozialversicherung

Wie sind Sie krankenversichert? - gesetzlich <input type="checkbox"/> - privat <input type="checkbox"/> --> freiwillig gesetzlich <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Name der Krankenkasse/privaten Versicherung:
Haben Sie Kinder? (leibl., Stief-, Adoptivkinder) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Bitte Geburtsurkunde beifügen

Entlohnung

Bezeichnung:	Betrag:	gültig ab:
Bezeichnung:	Betrag:	gültig ab:

Vermögenswirksame Leistungen (bei weiteren Verträgen führen Sie diese bitte in einer Anlage auf)

Bezeichnung:	Betrag:	gültig ab:

Betriebliche Altersversorgung (bei weiteren Verträgen führen Sie diese bitte in einer Anlage auf)

Bezeichnung:	Betrag:	gültig ab:

Beigefügte Arbeitspapiere / Unterlagen (bitte Kopien einreichen)

- Mitgliedsbescheinigung der Krankenkasse	<input type="checkbox"/>	beigefügt
- Arbeitsvertrag	<input type="checkbox"/>	beigefügt
- Sozialversicherungsausweis	<input type="checkbox"/>	beigefügt
- VWL-Vertrag	<input type="checkbox"/>	beigefügt
- Vertrag über betriebliche Altersversorgung	<input type="checkbox"/>	beigefügt
- Geburtsurkunde Kind(er)	<input type="checkbox"/>	beigefügt
- Schwerbehindertenausweis	<input type="checkbox"/>	beigefügt
- eigene Anlage zur Ergänzung der Angaben	<input type="checkbox"/>	beigefügt
- Sonstiges:	<input type="checkbox"/>	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

Bitte unterschrieben zurück an:

**BORMANN KNOTHE BECKER Steuerberatungsgesellschaft Part mbB | Lütke Berg 4 - 6 | 48341 Altenberge
Telefon 02505/9354-0 | Fax 02505/9354-19 | lohn@stb-bkb.de**