

# Personalfragebogen

Pers.Nr.: \_\_\_\_\_

## Angaben zur Person

Vorname:	_____	Verheiratet:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Name:	_____	Rentenbezieher:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Geschlecht:	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	Student:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	<input type="checkbox"/> unbestimmt	Praktikant:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Eintrittsdatum:	_____ TT.MM.JJJJ	vorgeschriebenes Praktikum	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Geburtsdatum:	_____ TT.MM.JJJJ	Ausgeübte Tätigkeit:	_____	
Geburtsname:	_____	Höchster Schulabschluss:	_____	
Geburtsort:	_____	Höchster Ausbildungsabschluss:	_____	
Geburtsland:	_____	Arbeitnehmerüberlassung:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Staatsangehörigkeit:	_____	Vertragsform:	<input type="checkbox"/> Vollzeit	<input type="checkbox"/> Teilzeit
Rentenvers.-Nr.:	_____	Arbeitsvertrag ist befristet:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
ZVK-Arbeitnehmernr.:	_____	Wenn ja, befristet bis:	_____	TT.MM.JJJJ
Straße:	_____	Aufenthaltsgenehmigung	von: _____	bis: _____
PLZ und Wohnort:	_____	Arbeitserlaubnis	von: _____	bis: _____
Telefon-Nr.:	_____	Immatrikulation	von: _____	bis: _____
E-Mail-Adresse:	_____	Schwerbehindert:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Steuerliche IdNr.:	_____	Wenn ja, Behinderungsgrad in %:	_____	
Bankname:	_____	Hauptbeschäftigung?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
SWIFT-BIC:	_____	Ausübung weiterer Beschäftigungen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
IBAN:	_____			

## Angaben zur Sozialversicherungspflicht

Krankenkasse: \_\_\_\_\_

pflichtversichert

freiwillig versichert    ⇨     Selbstzahler                       Firmenzahler

privat versichert        ⇨     Selbstzahler                       Firmenzahler

bereits am 31.12.2002 wegen Überschreitens der Jahresarbeitsentgeltgrenze versicherungsfrei

AG-Zuschuss private    KV: \_\_\_\_\_ €                      PV: \_\_\_\_\_ €

Gesamtbetrag private    KV: \_\_\_\_\_ €                      PV: \_\_\_\_\_ €

Basisabsicherung private    KV: \_\_\_\_\_ €                      PV: \_\_\_\_\_ €

Statuskennzeichen:     Ehegatte, eingetragener Lebenspartner nach dem LPartG oder Abkömmling des Arbeitgebers

Geschäftsführender Gesellschafter einer GmbH

Saisonarbeitnehmer:     ja

## Angaben zur Rentenversicherung:

es besteht Beitragspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung

es besteht Beitragspflicht bei nachstehendem berufsständischen Versorgungswerk:

\_\_\_\_\_ Mitgliedsnr.: \_\_\_\_\_                      HV-Beitrag: \_\_\_\_\_ €

es liegt eine Verzichtserklärung auf die Versicherungsfreiheit vor (nur Altersvollrentner)

## Angaben zur Pflegeversicherung (PV-Zuschlag/PV-Abschlag):

Elterneigenschaft liegt vor:                       ja (lt. beigefügtem Geburtsnachweis)                       nein

Anzahl der berücksichtigungsfähigen Kinder unter 25 Jahren nach § 55 Abs. 3 SGB XI (wenn Elterneigenschaft = ja)

1 Kind                       2 Kinder                       3 Kinder                      Für eine ausführliche Erfassung der Angaben zu den Kindern nutzen Sie bitte den

4 Kinder                       5 und mehr Kinder                      Fragebogen: Nachweis Kinder für PV unter Infos | weitere ... | Fragebögen

**Angaben zur Entlohnung und zur Arbeitszeit**

<input type="checkbox"/> Lohn   Gehalt	in Höhe von:	_____ €	<input type="checkbox"/> brutto	<input type="checkbox"/> netto
<input type="checkbox"/> Stundenlohn	in Höhe von:	_____ €	<input type="checkbox"/> pro Std. brutto	<input type="checkbox"/> pro Std. netto
<input type="checkbox"/> Sonderzahlung	in Höhe von:	_____ €	<input type="checkbox"/> brutto	<input type="checkbox"/> netto
Auszahlung in Monat: _____				
<input type="checkbox"/> Sonstige: _____	in Höhe von:	_____ €	<input type="checkbox"/> monatl.	<input type="checkbox"/> jährl.
			<input type="checkbox"/> brutto	<input type="checkbox"/> netto

**Vereinbarte Arbeitszeit:**

Das Arbeitsentgelt wird erzielt in monatlich: \_\_\_\_\_ Std.  
bzw. wöchentlich: \_\_\_\_\_ Std.

**Urlaubsanspruch:**

Anspruch im lfd. Jahr: \_\_\_\_\_ Tage  
Jährl. Urlaubsanspruch: \_\_\_\_\_ Tage

**Angaben zu Vermögenswirksamen Leistungen (VWL)** kein Vertrag

VWL AG-Anteil in Höhe von: \_\_\_\_\_ €

Bausparinstitut: \_\_\_\_\_

Vertragsnummer: \_\_\_\_\_

IBAN: \_\_\_\_\_

Spar-/Überweisungsbetrag: \_\_\_\_\_ €

SWIFT-BIC: \_\_\_\_\_

Beginn der Zahlung: \_\_\_\_\_ TT.MM.JJJJ

**Angaben zu Altersvorsorgeverträgen** kein Vertrag Direktversicherung  Pensionskasse  Pensionsfonds  Direktzusage  UnterstützungskasseArbeitgeberanteil: \_\_\_\_\_ €  monatl.  viertelj.  halbj.  jährl.Arbeitnehmeranteil (Entgeltumw.): \_\_\_\_\_ €  monatl.  viertelj.  halbj.  jährl.

Versicherer: \_\_\_\_\_

Vertragsnummer: \_\_\_\_\_

IBAN: \_\_\_\_\_

Versorgungszusage ab: \_\_\_\_\_ TT.MM.JJJJ

SWIFT-BIC: \_\_\_\_\_

Beginn der Zahlung: \_\_\_\_\_ TT.MM.JJJJ

**Angaben zu bestehenden Daueraufträgen und Pfändungen** keine Dauerauftrag Pfändung Unterhaltspfändung

Betrag: \_\_\_\_\_ €

Gesamtbetrag der Pfändung: \_\_\_\_\_ €

Empfänger: \_\_\_\_\_

Empfänger: \_\_\_\_\_

Bankname: \_\_\_\_\_

Bankname: \_\_\_\_\_

IBAN: \_\_\_\_\_

IBAN: \_\_\_\_\_

SWIFT-BIC: \_\_\_\_\_

SWIFT-BIC: \_\_\_\_\_

Verwendungszweck: \_\_\_\_\_

Aktenzeichen: \_\_\_\_\_

Zahlungsintervall:  monatl.  viertelj.

Eingangsdatum: \_\_\_\_\_ TT.MM.JJJJ

 halbj.  jährl.

Anzahl unterhaltspf. Personen: \_\_\_\_\_

Festbetrag bei Unterhaltspfändung: \_\_\_\_\_ €

**Beigefügte Unterlagen des Arbeitnehmers**

Bescheinigung für den Lohnsteuerabzug	<input type="checkbox"/> Original	<input type="checkbox"/> Kopie
VWL-Vertrag	<input type="checkbox"/> Original	<input type="checkbox"/> Kopie
Altersvorsorge-Vertrag	<input type="checkbox"/> Original	<input type="checkbox"/> Kopie
Pfändungsverfügung	<input type="checkbox"/> Original	<input type="checkbox"/> Kopie
Geburtsnachweis Kind	<input type="checkbox"/> Original	<input type="checkbox"/> Kopie
Bescheinigung private Krankenkasse (Arbeitgeberzuschuss/Vorsorgeaufwendungen)	<input type="checkbox"/> Original	<input type="checkbox"/> Kopie
Arbeitsvertrag	<input type="checkbox"/> Original	<input type="checkbox"/> Kopie
Schwerbehindertenausweis	<input type="checkbox"/> Original	<input type="checkbox"/> Kopie
Bescheinigung über gewährten/abgeholtenen Urlaub des vorigen Arbeitgebers	<input type="checkbox"/> Original	<input type="checkbox"/> Kopie
Sonstige: _____	<input type="checkbox"/> Original	<input type="checkbox"/> Kopie

---

**Sonstige Angaben**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

---

**Bestätigung des Arbeitnehmers**

Hiermit versichere ich, die Angaben wahrheitsgemäß gemacht zu haben. Jede Änderung, insbesondere in Bezug auf weitere Beschäftigungen (Art, Dauer und Entgelt), werde ich meinem Arbeitgeber unverzüglich mitteilen.

\_\_\_\_\_  
(Datum | Unterschrift)

---

**Bestätigung des Arbeitgebers**

\_\_\_\_\_  
(Sachbearbeiter)

\_\_\_\_\_  
(Datum | Firmenstempel)