

Personal - Fragebogen – Geringfügige / Kurzfristige Beschäftigung

Neueintritt ab:

Änderung ab:

Firma:

Betriebsstätte:

Name Vorname

Anschrift: Straße – Nr. PLZ/Ort

Geschlecht m/w Staatsangehörigkeit

Geburtsdatum Geburtsort ggf. Geburtsname

Familienstand Schwerbehinderung Ja/ Nein

Bank IBAN

Rentenversicherungsnummer

Steuer-Identifikationsnummer

Tätigkeit als: _____ Berufsbezeichnung: _____ Wöchentliche Arbeitszeit: ____ Std.

Das Arbeitsverhältnis ist befristet: Nein / Ja zum: _____ Arbeitsvertrag vom: _____

Arbeitsvertrag	<input type="checkbox"/> liegt vor	<input type="checkbox"/> beigelegt	<input type="checkbox"/> wird nachgereicht	<input type="checkbox"/> kein schriftlicher Arbeitsvertrag
-----------------------	------------------------------------	------------------------------------	--	--

Es handelt sich um: Hauptbeschäftigung Nebenbeschäftigung

Status bei Beginn der Beschäftigung

<input type="checkbox"/> Arbeitnehmer/in	<input type="checkbox"/> Beamtin/Beamter	<input type="checkbox"/> Rentner/in	<input type="checkbox"/> ALG-/ Sozialhilfeempfänger/in
<input type="checkbox"/> Arbeitnehmer/in in Elternzeit	<input type="checkbox"/> Hausfrau/ Hausmann	<input type="checkbox"/> Selbständige/r	<input type="checkbox"/> Studienbewerber/in
<input type="checkbox"/> Arbeitlose/r	<input type="checkbox"/> Schüler/in *	<input type="checkbox"/> Student/in *	<input type="checkbox"/> freiwilliges soziales Jahr
<input type="checkbox"/> Sonstige:			

Schul-/Studienbescheinigung *	<input type="checkbox"/> liegt vor	<input type="checkbox"/> beigelegt	<input type="checkbox"/> wird nachgereicht
--------------------------------------	------------------------------------	------------------------------------	--

Lohnsteuerabzug individuell

Ja Nein

Sozialversicherung

Krankenversicherung <input type="checkbox"/> Gesetzlich <input type="checkbox"/> Privat (Bescheinigung)	Name der Krankenkasse:
--	-------------------------------

Mitgliedsbescheinigung der privaten Krankenversicherung	<input type="checkbox"/> liegt vor	<input type="checkbox"/> beigefügt	<input type="checkbox"/> wird nachgereicht
--	------------------------------------	------------------------------------	--

Ich beantrage die Befreiung von der Rentenversicherungspflicht gemäß beigefügtem Antrag . Die Befreiung ist ohne Antrag nicht möglich und gilt ab dem Monat der Vorlage des Antrages.	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
--	--

Aushilfsvergütung

Lohn/ Gehalt	Euro:
Stundenlohn	Euro:
Sachbezug	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Angabe Sachbezug:

Bitte machen Sie Angaben zu weiteren Beschäftigungsverhältnissen bei anderen Arbeitgebern: (Bei kurzfristigen Beschäftigten auch zu Vorbeschäftigungen aus dem Vorjahr)

<input type="checkbox"/> Ich übe keine weitere Beschäftigung aus				
<input type="checkbox"/> Ich übe eine weitere Beschäftigung aus Als:	Beginn der Beschäftigung:	Art der Tätigkeit: <input type="checkbox"/> geringfügig entlohnt (bis 450,- €) <input type="checkbox"/> nicht geringfügig entlohnt (über 450,- €) <input type="checkbox"/> kurzfristig beschäftigt	Arbeitgeber:	Wöchentliche Arbeitszeit / Entgelt:

Bitte machen Sie Angaben über Ihre Ausbildung:

<u>Höchster allgemeinbildender Schulabschluss</u> <input type="checkbox"/> Ohne Schulabschluss <input type="checkbox"/> Haupt-/ Volksschulabschluss <input type="checkbox"/> Mittlere Reife oder gleichwertiger Abschluss <input type="checkbox"/> Abitur / Fachabitur	<u>Höchster beruflicher Ausbildungsabschluss</u> <input type="checkbox"/> Ohne beruflichen Ausbildungsabschluss <input type="checkbox"/> Abschluss einer anerkannten Berufsausbildung <input type="checkbox"/> Meister/ Technik <input type="checkbox"/> Bachelor <input type="checkbox"/> Diplom/Magister/Master/Staatsexamen <input type="checkbox"/> Promotion
--	---

Umseitigen Fragebogen zur betrieblichen Altersversorgung habe ich zur Kenntnis genommen!

Ich bestätige hiermit, dass die gemachten Angaben der Wahrheit entsprechen und dass Änderungen, die die oben gemachten Angaben betreffen, unaufgefordert und unverzüglich mitgeteilt werden.

Mir ist bekannt, dass sich durch die Aufnahme oder Beendigung einer Beschäftigung oder selbständigen Tätigkeit grundlegende Änderungen bei der versicherungsrechtlichen Beurteilung ergeben können.

Verletze ich meine Mitteilungspflicht, kann ich zum Ersatz des entstandenen Schadens verpflichtet sein.

Ort/Datum

Unterschrift des Arbeitnehmers

(Bei Minderjährigen auch Unterschrift d. Erziehungsb.)

Unterschrift des Arbeitgebers

Anspruch auf betriebliche Altersversorgung durch Entgeltumwandlung

Hiermit bestätige ich, dass ich von meinem Arbeitgeber über meinen Anspruch auf betriebliche Altersversorgung durch Entgeltumwandlung informiert worden bin.

Ich wurde über die Möglichkeiten der betrieblichen Altersversorgung und die damit verbundenen Steuervorteile aufgeklärt

- Dennoch erkläre ich hiermit, von den Möglichkeiten der betrieblichen Altersversorgung derzeit generell keinen Gebrauch machen zu wollen

oder

- Ich erkläre hiermit, dass ich von meinem Recht auf betriebliche Altersversorgung durch Entgeltumwandlung Gebrauch machen möchte

oder

- Ich erkläre hiermit, dass ich bereits von der Möglichkeit der betrieblichen Altersversorgung durch Entgeltumwandlung Gebrauch mache (Vertrag ist beigefügt).

Ort/Datum

Unterschrift