

Personalfragebogen

Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen

* Pflichtangaben

(grau makierte Felder sind vom Arbeitgeber auszufüllen)



Firma*: _____

Allgemeine Angaben

Personal-Nr.	Name*	Vorname*	
Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)	Geburtsname*	Geburtsort*	
Geschlecht <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> divers <input type="checkbox"/> unbestimmt	Geburtsland*		
Familienstand'	Staatsangehörigkeit		
Straße*	Hausnummer'	PLZ*	Ort*
E-Mail-Adresse	Telefon		
IBAN	BIC		
Bank	eingestellt als (Berufsbezeichnung)		
Eintritt	Austritt	Befristung <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Schwerbehinderung (lt. Nachweis) <input type="checkbox"/> Ja - Grad <input type="checkbox"/> Nein
Probezeit <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Dauer der Probezeit	Vertragsabschluss am	

Steuerliche Angaben

Steuerklasse*	Faktor (nur Stkl.4)	Identifikationsnr.*	Kinderfreibetrag *
Konfession*	Konf. Ehegatte*		<input type="checkbox"/> Hauptarbeitgeber <input type="checkbox"/> Nebenarbeitgeber
<input type="checkbox"/> LSt-Freibetrag <input type="checkbox"/> Hinzurechnungsbetrag	Betrag jährlich €		Betrag monatlich €

Sozialversicherungsrechtliche Angaben

Sozialversicherungs-Nr.*	berücksichtigungsfähige Kinder für PV-Zuschlag?*		
	<input type="checkbox"/> Ja (lt. Anlage) <input type="checkbox"/> Nein		
Name der Gesetzl. Krankenversicherung* (bei privat Versicherten für die Abführung der RV)*		Betriebsnummer gesetzl. Krankenkasse	
Freiwillig krankenversichert* <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Privat krankenversichert?*	Gesamtbeitrag KV €	Gesamtbeitrag PV €
	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
Basisbeitrag KV	Basisbeitrag PV	Arbeitnehmernummer Sozialkasse-Bau	ggf. Versorgungswerk Mitgliedsnummer

Angaben zu Kindern*

<input type="checkbox"/> Ich bin kinderlos. <input type="checkbox"/> Ich habe Kinder gemäß folgenden Angaben:		
Kinder, für die eine Elterneigenschaft nachgewiesen werden kann:		
Name	Vorname	Geburtsdatum
Name	Vorname	Geburtsdatum
Name	Vorname	Geburtsdatum
Name	Vorname	Geburtsdatum
Name	Vorname	Geburtsdatum

Höchster beruflicher Ausbildungsabschluss*

<input type="checkbox"/>	ohne beruflichen Abschluss
<input type="checkbox"/>	Abschluss einer anerkannten Berufsausbildung
<input type="checkbox"/>	Meister-/Techniker oder gleichwertiger Fachschulabschluss
<input type="checkbox"/>	Bachelor
<input type="checkbox"/>	Diplom/Magister/Master/Staatsexamen
<input type="checkbox"/>	Promotion
<input type="checkbox"/>	Abschluss unbekannt

Höchster allgemeinbildender Schulabschluss*

<input type="checkbox"/>	ohne Schulabschluss
<input type="checkbox"/>	Haupt-/Volksschulabschluss
<input type="checkbox"/>	Mittlere Reife oder gleichwertiger Abschluss
<input type="checkbox"/>	Abitur/Fachabitur
<input type="checkbox"/>	Abschluss unbekannt

Arbeitnehmerüberlassung (Zeitarbeit) Ja Nein**Angaben zu weiteren Einnahmen* – Bitte auswählen:**

Arbeitsentgelt aus einer anderen versicherungspflichtigen Beschäftigung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Engelt in €
Wird eine geringfügige Beschäftigung ausgeübt?*	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Engelt in €

Arbeitszeit (vom Arbeitgeber auszufüllen)

<input type="checkbox"/> Vollzeit <input type="checkbox"/> Teilzeit	Wöchentliche Arbeitszeit	monatliche Arbeitszeit	Jahresurlaubsanspruch				
Ggf. Verteilung der wöchentlichen Arbeitszeit (Stunden)							
Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So	
Beitragsgruppe				Abteilungsnummer		Saisonarbeiter	
KV	RV	AV	PV			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
						Personengruppe	

Entlohnung (vom Arbeitgeber auszufüllen)

Bruttogehalt €	ab	Bruttogehalt €	ab
Stundenlohn €	ab	Stundenlohn €	ab
Kostenstelle	Kostenträger		

VWL - nur notwendig wenn Vertrag vorliegt

VWL bei	Vertrags-Nr.	Betrag €
Zuschuss €	ab	IBAN
		BIC

Direktversicherung

Direktversicherung bei	Vertrags-Nr.	Betrag €
Zuschuss €	ab	IBAN
		BIC

Angaben zu steuerpflichtigen Vorbeschäftigungen im laufenden Kalenderjahr

Zeitraum von	Zeitraum bis	Art der Beschäftigung	Anzahl der Beschäftigungstage

Name des Arbeitnehmers: _____

Datum und Unterschrift des Arbeitnehmers_____
Datum und Unterschrift des Arbeitgebers

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.

