

# Personalfragebogen - Ausbildung



Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen

\* Pflichtangaben

(grau markierte 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)		
Beginn der Ausbildung	Ende der Ausbildung	Probezeit <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Dauer der Probezeit	Vertragsabschluss am
Schwerbehinderung (lt. Nachweis) <input type="checkbox"/> Ja - Grad <input type="checkbox"/> Nein				
Befristung <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Schriftlicher Abschluss des befristeten Ausbildungsvertrags	<input type="checkbox"/> Ausbildung ist mir Aussicht auf Weiterbeschäftigung nach erfolgreich abgelegter Abschlussprüfung		

## 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 <span style="margin-left: 20px;">Mitgliedsnummer</span>

## Angaben zu Kindern\*

<input type="checkbox"/> Ich bin kinderlos. <input type="checkbox"/> Ich habe Kinder gemäß folgenden Angaben:		
<b>Kinder, für die eine Elterneigenschaft nachgewiesen werden kann:</b>		
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 odergleichwertiger 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			
							KV	RV	AV	PV

**Ausbildungsvergütung (vom Arbeitgeber auszufüllen)**

1. Ausbildungsjahr	Bruttogehalt €	ab	Notiz
2. Ausbildungsjahr	Bruttogehalt €	ab	Notiz
3. Ausbildungsjahr	Bruttogehalt €	ab	Notiz

**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: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Arbeitnehmers

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Arbeitgebers

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Erziehungsberechtigten bei Minderjährigen

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.

