

Firma:			
Straße und Hausnummer:			
PLZ und Ort:		Telefon:	

Dieser Personalfragebogen dient zur Vorerfassung von Personaldaten für das DATEV-Lohnabrechnungsprogramm. Zur Wahrung der Aufbewahrungsfrist wird der ausgefüllte Fragebogen vom Arbeitgeber/der Lohnabrechnenden Stelle gespeichert.

BITTE BEACHTEN: Die Lohn- und Gehaltsabrechnung kann nur mit vollständig ausgefüllten Fragebogen erfolgen!

Persönliche Angaben:		Personal-Nr.:	
Familienname, Vorname:			
Straße und Nr., PLZ und Ort:			
Geburtsname:		Sozialversicherungsnummer:	
Geburtsort, -land:		Staatsangehörigkeit:	
Geburtsdatum:		Schwerbehindert:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Konfession:		Verheiratet:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Geschlecht:	<input type="checkbox"/> Männlich <input type="checkbox"/> Weiblich <input type="checkbox"/> Divers <input type="checkbox"/> Unbestimmt		
Auszubildender:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Praktikant:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Student:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Kostenstelle:	
IBAN:			
BIC:		Bankbezeichnung:	

Beschäftigung:			
Ausgeübte Tätigkeit:		Berufsbezeichnung:	
Höchster Schulabschluss:	<input type="checkbox"/> ohne Schulabschluss <input type="checkbox"/> Haupt-/Volksschulabschluss <input type="checkbox"/> Mittlere Reife/gleichwertiger Abschluss <input type="checkbox"/> Abitur/Fachabitur		
Höchste Berufsausbildung:	<input type="checkbox"/> ohne beruflichen Ausbildungsabschluss <input type="checkbox"/> anerkannte Berufsausbildung <input type="checkbox"/> Promotion <input type="checkbox"/> Bachelor <input type="checkbox"/> Meister/Techniker/gleichwertiger Fachschulabschluss <input type="checkbox"/> Diplom/Magister/Master/Staatsexamen		
Eintrittsdatum:		Vollzeit/Teilzeit:	<input type="checkbox"/> Vollzeit <input type="checkbox"/> Teilzeit
Probezeit:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Dauer der Probezeit:	
Wöchentliche Arbeitszeit:	Stunden	Jahresurlaubstage:	Tage
Tägliche Arbeitszeit:	Mo. Stunden	Di. Stunden	Mi. Stunden
	Do. Stunden	Fr. Stunden	Sa. Stunden
	So. Stunden		
Beginn der Ausbildung:		vorauss. Ende der Ausbildung:	

Befristung:			
Arbeitsverhältnis ist befristet:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	befristeter Arbeitsvertrag wurde schriftlich geschlossen:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Befristung bis:		befristeter Arbeitsvertrag wurde geschlossen am:	
Die befristete Beschäftigung war für mind. 2 Monate vorgesehen und eine Möglichkeit der Weiterbeschäftigung wurde durch den Arbeitgeber bei Abschluss des Vertrages in Aussicht gestellt:			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Lohnsteuerabzugsmerkmale:			
Identifikationsnummer:		Steuerklasse/Faktor:	
Anzahl Kinderfreibeträge:		Konfession:	

Firma:			
Straße und Hausnummer:			
PLZ und Ort:		Telefon:	

Sozialversicherung:			
Neben dieser Tätigkeit wird noch eine weitere Tätigkeit ausgeübt:		Höhe des Entgelts: €	
<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Minijob	<input type="checkbox"/> Sozialversicherungspflichtige Beschäftigung	
Krankenkasse:			
Anschrift der Krankenkasse:			
privat krankenversichert:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	freiwillig krankenversichert: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Lohn-/Gehaltsvereinbarungen:			
Bruttolohn/Bruttogehalt: €		Stundenlohn: €	
Ausbildungsvergütung: €		Zusatzleistungen: €	
Tariflohn:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Firmenfahrzeug:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Art der Gehaltszahlung:	<input type="checkbox"/> Überweisung <input type="checkbox"/> Scheck <input type="checkbox"/> bar	Kfz-Kennzeichen:	
		Entfernung Whg./Arbeitsstätte:	km
		Bruttolistenpreis Fahrzeug:	€

Vermögenswirksame Leistungen:			
Vertragsart:	<input type="checkbox"/> Geldsparvertrag/Kapitalversicherung <input type="checkbox"/> Bausparvertrag <input type="checkbox"/> Vermögensbeteiligung		
Vertragsnummer:		Institut:	
Kontonummer (IBAN):		BLZ (BIC)/Bankbezeichnung:	
AG-Anteil zusätzlich: €		AN-Anteil als Abzug: €	

Angaben zu steuerpflichtigen Vorbeschäftigungszeiten im laufenden Kalenderjahr:			
Zeitraum von:	Zeitraum bis:	Art der Beschäftigung:	Beschäftigungstage:

Betriebliche Altersversorgung:	<input type="checkbox"/> Ja (Bitte entsprechende Unterlagen einreichen!) <input type="checkbox"/> Nein
---------------------------------------	--

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

Firma:			
Straße und Hausnummer:			
PLZ und Ort:		Telefon:	

Angaben zu den Arbeitspapieren:			
Kopie Arbeits-/Anstellungsvertrag	anbei <input type="checkbox"/>	folgt <input type="checkbox"/>	
Mitgliedsbescheinigung der Krankenkasse	anbei <input type="checkbox"/>	folgt <input type="checkbox"/>	
Kopie Sozialversicherungsausweis	anbei <input type="checkbox"/>	folgt <input type="checkbox"/>	
Vertrag über vermögenswirksame Leistungen	anbei <input type="checkbox"/>	folgt <input type="checkbox"/>	entfällt <input type="checkbox"/>
Kopie Vertrag über betriebliche Altersversorgung	anbei <input type="checkbox"/>	folgt <input type="checkbox"/>	entfällt <input type="checkbox"/>
Kopie Lohnsteuerbescheinigung Vorarbeitgeber	anbei <input type="checkbox"/>	folgt <input type="checkbox"/>	entfällt <input type="checkbox"/>
Kopie der Arbeitserlaubnis	anbei <input type="checkbox"/>	folgt <input type="checkbox"/>	entfällt <input type="checkbox"/> gültig bis:
Kopie der Aufenthaltserlaubnis	anbei <input type="checkbox"/>	folgt <input type="checkbox"/>	entfällt <input type="checkbox"/> gültig bis:
Kopie Nachweis Elterneigenschaft	anbei <input type="checkbox"/>	folgt <input type="checkbox"/>	entfällt <input type="checkbox"/>
Kopie Schwerbehindertenausweis	anbei <input type="checkbox"/>	folgt <input type="checkbox"/>	entfällt <input type="checkbox"/>
Kopie Studienbescheinigung	anbei <input type="checkbox"/>	folgt <input type="checkbox"/>	entfällt <input type="checkbox"/>

Sonstige Mitteilungen/Hinweise:

Ich versichere, die oben gemachten Angaben vollständig und wahrheitsgemäß gemacht zu haben. Sollten sich im Verlauf meiner Beschäftigung Veränderungen ergeben, werde ich diese unverzüglich mitteilen. Soweit meinem Arbeitgeber durch unvollständige oder unrichtige Angaben Nachteile entstehen, bin ich schadenersatzpflichtig.

_____ Ort, Datum	_____ Unterschrift Arbeitnehmer
_____ Ort, Datum	_____ Unterschrift/Stempel Arbeitgeber