

Fragebogen für Arbeitnehmer (Arbeitsentgelt monatlich > EUR 450,00)

gültig ab: _____
(bitte deutlich lesbar und vollständig ausfüllen)

Arbeitgeber:

Name*:

Arbeitnehmer:

Familienname*:	Vorname*:
PLZ/Wohnort:	Straße:
Rentenversicherungsnummer:	Identifikationsnummer:
Geburtsdatum:	Geburtsort:
Geburtsname:	Staatsangehörigkeit:
Geschlecht: <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich	Telefon:
Steuerabzugsmerkmale: Steuerklasse _____ Religion _____ Kinderfreibetrag _____	
Eintrittsdatum:	Beschäftigt als:
Befristetes Arbeitsverhältnis: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Verheiratet: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Name der Krankenkasse: _____	<input type="checkbox"/> gesetzlichen versichert <input type="checkbox"/> privat versichert
wöchentliche Arbeitszeit*:	Mehrfachbeschäftigt: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Ggf. Verteilung der wöchentlichen Arbeitszeit (Std.) Mo _____ Di _____ Mi _____ Do _____ Fr _____ Sa _____ So _____	
Höchster Schulabschluss:	Höchste Berufsausbildung:
<input type="checkbox"/> ohne Schulabschluss	<input type="checkbox"/> Ohne Berufsausbildung
<input type="checkbox"/> Haupt-/ Volksschulabschluss	<input type="checkbox"/> Anerkannte Berufsausbildung
<input type="checkbox"/> Mittlere Reife / gleichwertiger Abschluss	<input type="checkbox"/> Meister/Techniker/gleichwertiger Fachabschluss
<input type="checkbox"/> Abitur / Fachabitur	<input type="checkbox"/> Bachelor
	<input type="checkbox"/> Diplom/Magister/Master/Staatsexamen
	<input type="checkbox"/> Promotion

Weitere Angaben:

Arbeitsvertrag	liegt bei <input type="checkbox"/>
VL – Vertrag	liegt bei <input type="checkbox"/>
Nachweis Elterneigenschaft	liegt bei <input type="checkbox"/>
Vertrag Betriebliche Altersvorsorge	liegt bei <input type="checkbox"/>
Mitgliedsbescheinigung Krankenkasse	liegt bei <input type="checkbox"/>

Vorbeschäftigungszeiten bei Eintritt im Kalenderjahr:

Zeitraum von	Zeitraum bis	Art der Beschäftigung	Anzahl der Beschäftigungstage

Bankverbindung (Girokonto)

Bezeichnung der Bank	Kontoinhaber (falls abweichend)
IBAN	
BIC	
Kontonummer**	Bankleitzahl**

Ich versichere, dass die vorstehenden Angaben der Wahrheit entsprechen. Ich verpflichte mich, meinem Arbeitgeber alle Änderungen unverzüglich mitzuteilen.

Ort, Datum

Unterschrift

Hinweis: Sind die Krankenkasse, Versicherungsnummer oder Geburtsort und Geburtsname nicht angegeben, kann keine Lohnabrechnung erstellt werden, Vorschüsse können dann ebenfalls nicht gezahlt werden.

* Pflichtangaben

** Bitte tragen Sie Ihre Kontonummer und Bankleitzahl ein, wenn Sie Ihre IBAN und BIC nicht zur Hand haben.