

# Personalfragebogen

Pers.Nr.: \_\_\_\_\_

## Angaben zur Person

Vorname: \_\_\_\_\_  
Name: \_\_\_\_\_  
Geschlecht:  männlich  weiblich  
 unbestimmt  
Eintrittsdatum: \_\_\_\_\_ TT.MM.JJJJ  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ TT.MM.JJJJ  
Geburtsname: \_\_\_\_\_  
Geburtsort: \_\_\_\_\_  
Geburtsland: \_\_\_\_\_  
Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_  
Rentenvers.-Nr.: \_\_\_\_\_  
ZVK-Arbeitnehmernr.: \_\_\_\_\_  
Straße: \_\_\_\_\_  
PLZ und Wohnort: \_\_\_\_\_  
Telefon-Nr.: \_\_\_\_\_  
E-Mail-Adresse: \_\_\_\_\_  
Steuerliche IdNr.: \_\_\_\_\_  
Bankname: \_\_\_\_\_  
SWIFT-BIC: \_\_\_\_\_  
IBAN: \_\_\_\_\_

Verheiratet:  ja  nein  
Rentenbezieher:  ja  nein  
Student:  ja  nein  
Praktikant:  ja  nein  
vorgeschiedenes Praktikum  ja  nein  
Ausgeübte Tätigkeit: \_\_\_\_\_  
Höchster Schulabschluss: \_\_\_\_\_  
Höchster Ausbildungsabschluss: \_\_\_\_\_  
Arbeitnehmerüberlassung:  ja  nein  
Vertragsform:  Vollzeit  Teilzeit  
Arbeitsvertrag ist befristet:  ja  nein  
Wenn ja, befristet bis: \_\_\_\_\_ TT.MM.JJJJ  
Aufenthaltsgenehmigung von: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_  
Arbeitserlaubnis von: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_  
Immatrikulation von: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_  
Schwerbehindert:  ja  nein  
Wenn ja, Behinderungsgrad in %: \_\_\_\_\_  
Hauptbeschäftigung?  ja  nein  
Ausübung weiterer Beschäftigungen?  ja  nein

## Angaben zur Sozialversicherungspflicht

Krankenkasse: \_\_\_\_\_

- pflichtversichert  
 freiwillig versichert ⇨  Selbstzahler  Firmenzahler  
 privat versichert ⇨  Selbstzahler  Firmenzahler  
 bereits am 31.12.2002 wegen Überschreitens der Jahresarbeitsentgeltgrenze versicherungsfrei  
AG-Zuschuss private KV: \_\_\_\_\_ € PV: \_\_\_\_\_ €  
Gesamtbeitrag private KV: \_\_\_\_\_ € PV: \_\_\_\_\_ €  
Basisabsicherung private KV: \_\_\_\_\_ € PV: \_\_\_\_\_ €

Statuskennzeichen:  Ehegatte\*  Eingetragener Lebenspartner\*  Leibliches Kind\*  Adoptivkind\*  
 Enkelkind/Urenkel\*  Geschäftsführender Gesellschafter einer GmbH

\*des zu meldenden Einzelunternehmers

Saisonarbeitnehmer:  ja

## Angaben zur Rentenversicherung:

- es besteht Beitragspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung  
 es besteht Beitragspflicht bei nachstehendem berufsständischen Versorgungswerk:  
\_\_\_\_\_ Mitgliedsnr.: \_\_\_\_\_ HV-Beitrag: \_\_\_\_\_ €  
 es liegt eine Verzichtserklärung auf die Versicherungsfreiheit vor (nur Altersvollrentner)

## Angaben zur Pflegeversicherung (PV-Zuschlag/PV-Abschlag):

Elterneigenschaft liegt vor:  ja (lt. beigefügtem Geburtsnachweis)  nein

Anzahl der berücksichtigungsfähigen Kinder unter 25 Jahren nach § 55 Abs. 3 SGB XI (wenn Elterneigenschaft = ja)

- 1 Kind  2 Kinder  3 Kinder  
 4 Kinder  5 und mehr Kinder

Für eine ausführliche Erfassung der Angaben zu den Kindern nutzen Sie bitte den Fragebogen: Nachweis Kinder für PV unter Infos | weitere ... | Fragebögen

**Lohnsteuerabzugsmerkmale\***

Steuerklasse/Faktor	Kinderfreibeträge	Konfession

\*freiwillige Angabe der Lohnsteuerabzugsmerkmale, in ADDISON Lohn & Gehalt müssen die Merkmale im Rahmen des ELStAM-Meldeverfahrens abgerufen werden

**Angaben zur Entlohnung und zur Arbeitszeit**

<input type="checkbox"/> Lohn   Gehalt	in Höhe von:	_____ €	<input type="checkbox"/> brutto	<input type="checkbox"/> netto
<input type="checkbox"/> Stundenlohn	in Höhe von:	_____ €	<input type="checkbox"/> pro Std. brutto	<input type="checkbox"/> pro Std. netto
<input type="checkbox"/> Sonderzahlung	in Höhe von:	_____ €	<input type="checkbox"/> brutto	<input type="checkbox"/> netto
<input type="checkbox"/> Sonstige: _____	in Höhe von:	_____ €	Auszahlung in Monat: _____	
			<input type="checkbox"/> monatl.	<input type="checkbox"/> jährl.
			<input type="checkbox"/> brutto	<input type="checkbox"/> netto

**Vereinbarte Arbeitszeit:**

Das Arbeitsentgelt wird erzielt in	monatlich:	_____ Std.	Anspruch im lfd. Jahr:	_____ Tage
bzw.	wöchentlich:	_____ Std.	Jährl. Urlaubsanspruch:	_____ Tage

**Urlaubsanspruch:****Verteilung der wöchentlichen Arbeitszeit:**

	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So
Stunden							

**Angaben zu Vermögenswirksamen Leistungen (VWL)** kein Vertrag

VWL AG-Anteil in Höhe von:	_____ €	Vertragsnummer:	_____
Bausparinstitut:	_____	Spar-/Überweisungsbetrag:	_____ €
IBAN:	_____	Beginn der Zahlung:	_____ TT.MM.JJJJ
SWIFT-BIC:	_____		

**Angaben zu Altersvorsorgeverträgen** kein Vertrag

<input type="checkbox"/> Direktversicherung	<input type="checkbox"/> Pensionskasse	<input type="checkbox"/> Pensionsfonds	<input type="checkbox"/> Direktzusage	<input type="checkbox"/> Unterstützungskasse	
Arbeitgeberanteil:	_____ €	<input type="checkbox"/> monatl.	<input type="checkbox"/> viertelj.	<input type="checkbox"/> halbj.	<input type="checkbox"/> jährl.
Arbeitnehmeranteil (Entgeltumw.):	_____ €	<input type="checkbox"/> monatl.	<input type="checkbox"/> viertelj.	<input type="checkbox"/> halbj.	<input type="checkbox"/> jährl.
Versicherer:	_____	Vertragsnummer:	_____		
IBAN:	_____	Versorgungszusage ab:	_____	TT.MM.JJJJ	
SWIFT-BIC:	_____	Beginn der Zahlung:	_____	TT.MM.JJJJ	

**Angaben zu bestehenden Daueraufträgen und Pfändungen** keine

<input type="checkbox"/> Dauerauftrag	<input type="checkbox"/> Pfändung	<input type="checkbox"/> Unterhaltspfändung	
Betrag:	_____ €	Gesamtbetrag der Pfändung:	_____ €
Empfänger:	_____	Empfänger:	_____
Bankname:	_____	Bankname:	_____
IBAN:	_____	IBAN:	_____
SWIFT-BIC:	_____	SWIFT-BIC:	_____
Verwendungszweck:	_____	Aktenzeichen:	_____
Zahlungsintervall:	<input type="checkbox"/> monatl. <input type="checkbox"/> viertelj.	Eingangsdatum:	_____ TT.MM.JJJJ
	<input type="checkbox"/> halbj. <input type="checkbox"/> jährl.	Anzahl unterhaltspfl. Personen:	_____
		Festbetrag bei Unterhaltspfändung:	_____ €

**Beigefügte Unterlagen des Arbeitnehmers**

Bescheinigung für den Lohnsteuerabzug	<input type="checkbox"/> Original	<input type="checkbox"/> Kopie
VWL-Vertrag	<input type="checkbox"/> Original	<input type="checkbox"/> Kopie
Altersvorsorge-Vertrag	<input type="checkbox"/> Original	<input type="checkbox"/> Kopie
Pfändungsverfügung	<input type="checkbox"/> Original	<input type="checkbox"/> Kopie
Geburtsnachweis Kind	<input type="checkbox"/> Original	<input type="checkbox"/> Kopie
Bescheinigung private Krankenkasse (Arbeitgeberzuschuss/Vorsorgeaufwendungen)	<input type="checkbox"/> Original	<input type="checkbox"/> Kopie
Arbeitsvertrag	<input type="checkbox"/> Original	<input type="checkbox"/> Kopie
Schwerbehindertenausweis	<input type="checkbox"/> Original	<input type="checkbox"/> Kopie
Bescheinigung über gewährten/abgeholtenen Urlaub des vorigen Arbeitgebers	<input type="checkbox"/> Original	<input type="checkbox"/> Kopie
Sonstige: _____	<input type="checkbox"/> Original	<input type="checkbox"/> Kopie

---

**Sonstige Angaben**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

---

**Bestätigung des Arbeitnehmers**

Hiermit versichere ich, die Angaben wahrheitsgemäß gemacht zu haben. Jede Änderung, insbesondere in Bezug auf weitere Beschäftigungen (Art, Dauer und Entgelt), werde ich meinem Arbeitgeber unverzüglich mitteilen.

\_\_\_\_\_  
(Datum | Unterschrift)

---

**Bestätigung des Arbeitgebers**

\_\_\_\_\_  
(Sachbearbeiter)

\_\_\_\_\_  
(Datum | Firmenstempel)