

Personalfragebogen

(grau hinterlegte Felder sind vom Arbeitgeber auszufüllen)

Firma/Arbeitgeber:

Name des Mitarbeiters

Personalnummer

Persönliche Angaben

Familiennamen ggf. Geburtsname		Vorname	
Straße und Hausnummer inkl. Anschriftenzusatz		PLZ, Ort	
Geburtsdatum		Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> unbestimmt <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers	
Renten- bzw. Sozialversicherungsnummer		Familienstand	
Geburtsort, -land – nur bei fehlender Renten- bzw. SV-Nr.		Schwerbehindert <input type="checkbox"/> ja, Nachweis erforderlich! <input type="checkbox"/> nein	
Staatsangehörigkeit		Arbeitnehmernummer Sozialkasse – Bau	
IBAN:		BIC:	
		Bankbezeichnung:	

Beschäftigung

Eintrittsdatum		Betriebsstätte	
Berufsbezeichnung		Ausgeübte Tätigkeit	
<input type="checkbox"/> Hauptbeschäftigung		<input type="checkbox"/> Nebenbeschäftigung	
Üben Sie weitere Beschäftigungen aus? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
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"/> Meister/Techniker/gleichwertiger Fachschulabschluss <input type="checkbox"/> Bachelor <input type="checkbox"/> Diplom/Magister/ Master/Staatsexamen <input type="checkbox"/> Promotion	
Beginn der Ausbildung:		Voraussichtliches Ende der Ausbildung:	
Wöchentliche Arbeitszeit: <input type="checkbox"/> Vollzeit: <input type="checkbox"/> Teilzeit:		Im Baugewerbe beschäftigt seit Ggf. Verteilung d. wöchentl. Arbeitszeit (Std.) Mo Di Mi Do Fr Sa So	
Kostenstelle		Abt.-Nummer	
		Personengruppe	

Personalfragebogen

(grau hinterlegte Felder sind vom Arbeitgeber auszufüllen)

Firma/Arbeitgeber:

Name des Mitarbeiters

Personalnummer

Steuer

Identifikationsnummer	Steuerklasse/Faktor	Kinderfreibeträge	Konfession
-----------------------	---------------------	-------------------	------------

Sozialversicherung

Krankenversicherung <input type="checkbox"/> Gesetzlich <input type="checkbox"/> Privat	Name Krankenkasse/ Priv. Versicherung
Elterneigenschaft <input type="checkbox"/> ja, Nachweis (z.B. Geburtsurkunde) erforderlich! <input type="checkbox"/> nein	

Entlohnung

Bezeichnung	Betrag	Gültig ab	Stundenlohn	Gültig ab

VWL - nur notwendig wenn Vertrag vorliegt

Empfänger VWL	Betrag	AG-Anteil (Höhe mtl.)
	Seit wann	Vertragsnr.
Kontonummer (IBAN)	Bankleitzahl/Bankbe- zeichnung (BIC)	

Angaben zu steuerpflichtigen Vorbeschäftigungszeiten im laufenden Kalenderjahr

Zeitraum von	Zeitraum bis	Art der Beschäftigung	Anzahl der Beschäftigungstage

Bescheinigungen elektronisch annehmen (Bea)

<input type="checkbox"/>	Ich widerspreche der elektronischen Übermittlung von Arbeits- und Nebeneinkommensbescheinigungen an die Bundesagentur für Arbeit
--------------------------	--

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.

Datum

Unterschrift **Arbeitnehmer**