

Personalfragebogen

(grau hinterlegte Felder sind vom Arbeitgeber auszufüllen)

- für sozialversicherungspflichtige Arbeitnehmer
 - Arbeitslohn über EUR 2.000,00 EUR
 - Arbeitslohn über EUR 556,00 bis EUR 2.000,00 EUR
- für Auszubildende

Personalnummer: _____
 Ggf. Beschäftigtennummer (LBNR) gem. BeVaP (Pflegebranche): _____

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

Persönliche Angaben

Familienname		Vorname	
Straße und Hausnummer inkl. Anschriftenzusatz		PLZ, Ort	
Geburtsdatum	Ggf. Telefonnummer	Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> unbestimmt <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers
Versicherungsnummer gem. Sozialvers.Ausweis		Schwerbehindert (Nachweis)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Geburtsname	Geburtsort	Geburtsland	Bezug Rentenbezüge <input type="checkbox"/> Altersrente (Rentenbescheid) <input type="checkbox"/> Erwerbsminderungsrente (Nachweis) <input type="checkbox"/> nein
Staatsangehörigkeit		Arbeitnehmernummer Sozialkasse (Baugewerbe)	
IBAN		BIC	

Beschäftigung

Eintrittsdatum	Ersteintrittsdatum	Tätigkeitsort
Berufsbezeichnung		Art der Tätigkeit
Befristung <input type="checkbox"/> Das Arbeitsverhältnis ist befristet <input type="checkbox"/> zweckbefristet <input type="checkbox"/> nicht befristet		Befristung Arbeitsvertrag zum: Abschluss Arbeitsvertrag am:
Beginn der Ausbildung:	Voraussichtliches Ende der Ausbildung:	
Ggf. Kostenstelle:	Ggf. Mitarbeitergruppe für Finanzbuchhaltung (Pflegebranche): <input type="checkbox"/> Pflege <input type="checkbox"/> Betreuung <input type="checkbox"/> Hauswirtschaft <input type="checkbox"/> Leitung <input type="checkbox"/> Sonstige Dienste <input type="checkbox"/> Technische Dienste <input type="checkbox"/> Verwaltung	
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
Vertragsform:	<input type="checkbox"/> 1- Unbefristet in Vollzeit <input type="checkbox"/> 3- Befristet in Vollzeit <input type="checkbox"/> 2- Unbefristet in Teilzeit <input type="checkbox"/> 4- Befristet in Teilzeit	

Steuer Grundsatz: Abrechnung der Lohnsteuer über elektronische Lohnsteuerabzugsmerkmale (ELStAM)

Identifikationsnummer	Steuerklasse/Faktor	Kinderfreibeträge	Konfession	Kennzeichnung Arbeitgeber <input type="checkbox"/> Hauptbeschäftigung <input type="checkbox"/> Nebenbeschäftigung
Üben Sie weitere Beschäftigungen aus?		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Handelt es sich hierbei um eine geringfügige Beschäftigung?		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	

Sozialversicherung/ggf. Versorgungswerk

Krankenversicherung <input type="checkbox"/> gesetzlich versichert <input type="checkbox"/> freiwillig versichert <input type="checkbox"/> familienversichert <input type="checkbox"/> privat krankenversichert (Bescheinigung der PKV beifügen)		
Gesetzl. Krankenkasse mit Ortsangabe (bei PKV: letzte ges. Krankenkasse)		Elterneigenschaft* <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Versorgungswerk/Mitgliedsnummer Versorgungswerk (Antrag muss bei Arbeitgeberwechsel innerhalb von 3 Monaten neu gestellt werden)		Antrag auf Befreiung bei der Deutschen Rentenversicherung gestellt (Nachweis) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
*Kinder, für die eine Elterneigenschaft nachgewiesen werden kann (Bitte Nachweise z.B. Geburtsurkunde beifügen)		
Name	Vorname	Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)

Entlohnung Bei Auszubildenden Angabe pro Lehrjahr

Bruttolohn/Grundgehalt/Ausbildungsvergütung	Betrag	Gültig ab	Stundenlohn	Gültig ab
Bruttolohn/Grundgehalt/Ausbildungsvergütung	Betrag	Gültig ab	Stundenlohn	Gültig ab
Bruttolohn/Grundgehalt/Ausbildungsvergütung	Betrag	Gültig ab	Stundenlohn	Gültig ab
Sonderzahlungen	<input type="checkbox"/> Urlaubsgeld: EUR	<input type="checkbox"/> Weihnachtsgeld: EUR	<input type="checkbox"/> Zulagen: EUR	<input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ EUR
Netto-Abzüge	<input type="checkbox"/> Fester Vorschuss: EUR	<input type="checkbox"/> Pfändung (Beschluss vorlegen)	<input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ EUR	
Weitere Gehaltsbestandteile (ggf. Nachweise einreichen)	<input type="checkbox"/> Fahrtkostenzuschuss W-A	<input type="checkbox"/> Firmen-Kfz/Dienstrad	<input type="checkbox"/> Provisionen	<input type="checkbox"/> SFN-Zuschläge
	<input type="checkbox"/> Betriebliche Altersvorsorge	<input type="checkbox"/> Verpflegungsmehraufwand	<input type="checkbox"/> Kilometergelderstattung	<input type="checkbox"/> Sachbezug
		<input type="checkbox"/> Sonstiges: _____		

Arbeitszeiten / Urlaub

Wöchentliche Arbeitszeit (Std.): ____ h <input type="checkbox"/> Vollzeit <input type="checkbox"/> Teilzeit	Verteilung d. wöchentl. Arbeitszeit (Angabe Stunden pro Tag) Mo Di Mi Do Fr Sa So	Urlaubstage pro Jahr:
		Urlaub Eintrittsjahr:

VWL - nur notwendig wenn Vertrag vorliegt

Empfang VWL	Betrag	AG-Anteil (Höhe mtl.)
	Seit wann	Vertragsnr.
IBAN	BIC	

Angaben zu steuerpflichtigen Vorbeschäftigungszeiten im laufenden Kalenderjahr

Zeitraum von	Zeitraum bis	Art der Beschäftigung	Anzahl der Beschäftigungstage

Erklärung der beschäftigten Person: 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 beschäftigte Person	_____ Datum	Bei Minderjährigen Unterschrift des gesetzlichen Vertreters
_____ Datum	_____ Unterschrift Arbeitgeber		