

Fragebogen bei Neueinstellung von Mitarbeitern (über € 520,00)

Wichtig: Eine Lohnabrechnung erfolgt nur, wenn der Personalstammdatenbogen **VOLLSTÄNDIG** ausgefüllt ist.

Mandant		Bearbeiter		
Name, Vorname		Geburtsdatum		
Geburtsort und Geburtsland		Geburtsname		
Straße, Hausnummer und PLZ, Wohnort		Staatsangehörigkeit		
Familienstand	Anzahl Kinder	Religion	Steuerklasse	Kinderfreibetrag lt. LSt-Karte
Geschlecht: <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers				
Rentenversicherungsnummer (12-stellig)		Steuer-Identifikationsnummer (11-stellig)		
<input type="checkbox"/> Angestellte/r bzw. Arbeiter/in		<input type="checkbox"/> Student		
<input type="checkbox"/> Auszubildende/r		<input type="checkbox"/> Schüler		
<input type="checkbox"/> Altersrentner/in		<input type="checkbox"/> Bezieher einer Teil- / Voll- / Erwerbsminderungsrente		
<input type="checkbox"/> Schwerbehinderung – Grad der Behinderung ____ %				
Höchster Schulabschluss		Höchste Berufsausbildung		
<input type="checkbox"/> ohne Schulabschluss		<input type="checkbox"/> ohne beruflichen Ausbildungsabschluss		
<input type="checkbox"/> Haupt-/Volksschulabschluss		<input type="checkbox"/> Abschluss anerkannte Berufsausbildung		
<input type="checkbox"/> Mittlere Reife/gleichwertiger Abschluss		<input type="checkbox"/> Meister/Techniker/gleichwertiger Fachschulabschluss		
<input type="checkbox"/> Abitur/Fachabitur		<input type="checkbox"/> Bachelor		
<input type="checkbox"/> Abschluss unbekannt		<input type="checkbox"/> Diplom / Magister / Master / Staatsexamen		
		<input type="checkbox"/> Promotion		
		<input type="checkbox"/> Abschluss unbekannt		
Sozialversicherung:				
Gesetzliche Krankenversicherung bei: _____		<input type="checkbox"/> freiwillig		<input type="checkbox"/> pflichtversichert
Privatversicherung bei: _____		<input type="checkbox"/> mitversichert		<input type="checkbox"/> selbst
Versorgungswerk bei: _____		Mitgliedsnummer Versorgungswerk: _____		
<hr/>				
Bankverbindung:				
Kreditinstitut: _____				
Abweichender Kontoinhaber: _____				
IBAN: _____				
BIC: _____				

Angaben zur Beschäftigung:

Ausgeübte Tätigkeit: _____ Eintrittsdatum: _____

Arbeitsverhältnis befristet: ja, bis: _____ nein

Gehalt: _____ Stundenlohn: _____

Wöchentliche Arbeitszeit insgesamt: _____ (Stunden)

Arbeitszeiten an folgenden Tagen und Stundenanzahl bitte eintragen:

<input type="checkbox"/> Mo	<input type="checkbox"/> Di	<input type="checkbox"/> Mi	<input type="checkbox"/> Do	<input type="checkbox"/> Fr	<input type="checkbox"/> Sa	<input type="checkbox"/> So
Std. _____	Std. _____	Std. _____	Std. _____	Std. _____	Std. _____	Std. _____

Berufserfahrung:

(bitte angeben bei Gehaltszahlung nach Tarifvertrag)

insgesamt: _____ Jahre davon: _____ Jahre / Monate

Elternzeit: _____

Ende der Berufsausbildung: _____ andere nicht beschäftigte Zeiträume: _____

Vorbeschäftigungen im laufenden Kalenderjahr:

Von: _____ Bis: _____

Von: _____ Bis: _____

Weitere Beschäftigungen? ja nein

Firma _____ in _____ seit _____ Std./Wo _____ EUR/Monat _____

Firma _____ in _____ seit _____ Std./Wo _____ EUR/Monat _____

Folgende für Sie zutreffende Unterlagen sind beizufügen:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Vertrag Vermögenswirksame Leistungen | <input type="checkbox"/> Kopie Geburtsurkunde Kinder
(Wegfall Zuschlag Pflegeversicherung) |
| <input type="checkbox"/> Vertrag zur betrieblichen Altersvorsorge | |
| <input type="checkbox"/> Befreiungsbescheid der DRV | <input type="checkbox"/> Kopie Behindertenausweis |
| <input type="checkbox"/> Mitgliedbescheinigung Versorgungswerk | |
| <input type="checkbox"/> Schulbescheinigung bzw. Studienbescheinigung | |

Erklärung des Arbeitnehmers:

Ich versichere, diese Angaben wahrheitsgemäß gemacht zu haben. Jede Änderung werde ich unverzüglich mitteilen.

Bei unwahren Angaben oder Verletzungen meiner Anzeigepflicht erkläre ich mich bereit, die vom Sozialversicherungsträger/Finanzamt nachgeforderten Beträge zu erstatten.

Ich bin unterrichtet, dass dieser Fragebogen zur Erstellung der Gehaltsabrechnung an die Kanzlei Heinrichs Rose & Collegen, Johann-Krane-Weg 6, 48149 Münster, die entsprechend den berufsrechtlichen Vorschriften für Wirtschaftsprüfer und Steuerberater die datenschutzrechtlichen Vorschriften beachtet, weitergeleitet wird.

Ort, Datum_____
Unterschrift Mitarbeiter bzw. Erziehungsberechtigter_____
Unterschrift Arbeitgeber