

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	<input type="checkbox"/> ohne Schulabschluss <input type="checkbox"/> Haupt-/Volksschulabschluss <input type="checkbox"/> Mittlere Reife/gleichwertiger Abschluss <input type="checkbox"/> Abitur/Fachabitur <input type="checkbox"/> Abschluss unbekannt	Höchste Berufsausbildung	<input type="checkbox"/> ohne beruflichen Ausbildungsabschluss <input type="checkbox"/> Abschluss anerkannte Berufsausbildung <input type="checkbox"/> Meister/Techniker/gleichwertiger Fachschulabschluss <input type="checkbox"/> Bachelor <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: _____		
Angaben zu Kindern: (Vorname / Familienname)				
Kind 1:	_____	Geburtsdatum:	_____	
Kind 2:	_____	Geburtsdatum:	_____	
Kind 3:	_____	Geburtsdatum:	_____	
Kind 4:	_____	Geburtsdatum:	_____	
Kind 5:	_____	Geburtsdatum:	_____	
Für weitere Kinder bitte Zusatzblatt beifügen.				

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"/> Vertrag zur betrieblichen Altersvorsorge |
| <input type="checkbox"/> Befreiungsbescheid der DRV | <input type="checkbox"/> Mitgliedbescheinigung Versorgungswerk |
| <input type="checkbox"/> Kopie Behindertenausweis | <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 & Kollegen, 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