

# Personalfragebogen

(Bitte vollständig in Druckschrift ausfüllen)

Dr. Fischer, Wilhelm & Partner



Steuerberater, Wirtschaftsprüfer PartGmbH



Firma:

Name des Mitarbeiters

Personalnummer

## Persönliche Angaben

Straße und Hausnummer, inkl. Anschriftenzusatz	PLZ, Ort
Geburtsdatum	Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
Versicherungsnummer gem. Sozialvers.-Ausweis	Familienstand <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet
Steueridentifikationsnummer	Konfession
Gesetzl. Krankenkasse (bei PKV: letzte ges. Krankenkasse)	Elterneigenschaft <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Geburtsort, -land – nur bei fehlender Versicherungs-Nr.	Schwerbehindert <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Staatsangehörigkeit	Arbeitnehmer Telefon-Nr. (für evtl. Rückfragen)
IBAN	BIC

- Hauptbeschäftigung (sv-pflichtig, mind. 539,- Euro)**
 **Ausbildung**  
 **Geringfügige Beschäftigung (max. 538,- Euro)**

Eintrittsdatum/Beginn der Ausbildung	Ausgeübte Tätigkeit
Üben Sie weitere Beschäftigungen aus? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Probezeit: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Dauer der Probezeit: _____
Nur bei geringfügig Beschäftigten: <input type="checkbox"/> <b>Antrag auf Befreiung von der Versicherungspflicht in der Rentenversicherung wurde gestellt</b> Kann nur mit Vorlage des Antrages berücksichtigt werden!	

## Entlohnung Hinweis: Achten Sie auf den geltenden Mindestlohn!

Festlohn/Gehalt	Betrag	Gültig ab	
Stundenlohn	Betrag	Gültig ab	

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
--	---

Wöchentliche Arbeitszeit:	Ggf. Verteilung d. wöchentl. Arbeitszeit (Std.)							Bitte beachten Sie den jeweils gültigen Mindestlohn pro Stunde bei der Ermittlung der wöchentlichen Arbeitszeit!
<input type="checkbox"/> Vollzeit _____ Std./Wo.	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So	
<input type="checkbox"/> Teilzeit _____ Std./Wo.								

**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	_____ Datum	Bei Minderjährigen Unterschrift des gesetzlichen Vertreters
_____ Datum	_____ Unterschrift Arbeitgeber		