



Personalfragebogen

Personalnummer: _____

(wird vom Arbeitgeber ausgefüllt)

1. Persönliche Angaben

Der ausgefüllte Fragebogen ist für die Lohnabrechnung erforderlich.

Vorname		Name	
Geburtsdatum		Geburtsname	
Geburtsort		Staatsangehörigkeit	
Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers	Familienstand	
Berufsbezeichnung			
Steuer-Identifikationsnummer		Sozialversicherungsnummer	
Straße		Hausnummer	
Postleitzahl		Ort	
Telefonnummer		Mobiltelefon	
Mailadresse			

Im Baugewerbe:

Im Baugewerbe tätig seit	
Arbeitnehmernummer Sozialkasse-Bau	

Bei Ausländern*innen:

Ich befinde mich in Deutschland seit	
Meine Aufenthaltserlaubnis ist gültig bis	
Meine Arbeitserlaubnis ist gültig bis	

Bei Minderjährigen:

Name und Anschrift des gesetzlichen Vertreters

Vorname		Name	
Straße		Hausnummer	
Postleitzahl		Ort	
Telefon		Mailadresse	
Wurden Sie innerhalb der letzten neun Monate ärztlich untersucht?			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Status vor Beginn der Beschäftigung

<input type="checkbox"/> Arbeitnehmer*in	<input type="checkbox"/> Beamter*in
<input type="checkbox"/> Schüler*in	<input type="checkbox"/> Student*in
<input type="checkbox"/> In Elterzeit	<input type="checkbox"/> Empfänger*in von Arbeitslosengeld/ Sozialhilfe
<input type="checkbox"/> Wehr-/ Zivildienstleistende*r	<input type="checkbox"/> Hausmann*frau
<input type="checkbox"/> Rentner*in (bitte Bescheid beifügen)	<input type="checkbox"/> Sonstiges:

2. Bankverbindung zur Gehaltszahlung

IBAN	
Name der Bank	

	<h1>Personalfragebogen</h1>	Personalnummer: _____ (wird vom Arbeitgeber ausgefüllt)
--	-----------------------------	--

3. Angaben zur Beschäftigung

Eintrittsdatum		Art der Vergütung	<input type="checkbox"/> Stundenlohn <input type="checkbox"/> Gehalt
Betriebsstätte		Höhe der Vergütung	
Berufsbezeichnung		Anzahl der Gehälter	
Ausgeübte Tätigkeit		Wöchentliche Arbeitszeit	
Urlaubsanspruch p.a.		Ggf. Verteilung auf Tage	
Kostenstelle/ Abteilung		Personengruppe	

Befristung/ Probezeit

Eine Probezeit ist vereinbart bis	
Das Arbeitsverhältnis ist befristet	<input type="checkbox"/> ja, zeitlich <input type="checkbox"/> ja, zweckbefristet <input type="checkbox"/> nein
Falls ja, bis:	
Die Befristung hat eine Dauer von mindestens 2 Monaten, eine Weiterbeschäftigung ist beabsichtigt.	<input type="checkbox"/> ja

Tätigkeitsschlüssel

Höchster Schulabschluss	<input type="checkbox"/> ohne	Höchste Berufsausbildung	<input type="checkbox"/> ohne
	<input type="checkbox"/> Haupt-/ Volksschule		<input type="checkbox"/> anerkannte Ausbildung
	<input type="checkbox"/> mittlere Reife		<input type="checkbox"/> Meister, Techniker o.ä. Fachschulabschluss
	<input type="checkbox"/> Fachhochschulreife		<input type="checkbox"/> Bachelor
	<input type="checkbox"/> Abitur		<input type="checkbox"/> Diplom/ Magister/ Master/ Staatsexamen
			<input type="checkbox"/> Promotion

Haupt-/ Nebenbeschäftigung

Handelt es sich bei dieser Beschäftigung um Ihre Haupt- oder Nebenbeschäftigung?

<input type="checkbox"/> Hauptbeschäftigung	<input type="checkbox"/> Nebenbeschäftigung
Üben Sie weitere Beschäftigungen aus?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Falls ja, ist es eine geringfügige Beschäftigung?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Vorstrafen

Liegen bei Ihnen für die Arbeitsstelle einschlägige Vorstrafen vor?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Schwebt ein Ermittlungsverfahren wegen eines im Hinblick auf die Arbeitsstelle erheblichen Delikts?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Wettbewerbsbeschränkungen

Unterliegen Sie Wettbewerbsbeschränkungen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Falls ja, welchen?	

Bei Auszubildenden

Beginn der Ausbildung	
Voraussichtliches Ende der Ausbildung	

4. Angaben zur Gehaltsabrechnung

Finanzamts- Steuernummer		Steuerklasse/ Faktor	
Haben Sie Kinder, für die Kindergeld nach dem Einkommenssteuergesetz gezahlt wird?		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Anzahl der Kinder: _____

Religion (für Zwecke der Kirchensteuer)

<input type="checkbox"/> konfessionslos	<input type="checkbox"/> Evangelisch
<input type="checkbox"/> Katholisch	<input type="checkbox"/> andere: _____

Genommener Urlaub

Hatten Sie für dieses Kalenderjahr bereits bei einem früheren Arbeitgeber Urlaub?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Falls ja, wie viele Tage?	_____

VWL – Vermögenswirksame Leistungen

Es liegt ein Vertrag über vermögenswirksame Leistungen vor		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Beitrag	davon Arbeitgeber-Anteil	
Vertrag seit	Empfänger	
IBAN	Vertragsnummer	

Angaben zur Rentenversicherung

<input type="checkbox"/> Pflichtversichert (gesetzliche Rentenversicherung)	<input type="checkbox"/> Versichert über ein Versorgungswerk
---	--

Angaben zur Krankenversicherung

<input type="checkbox"/> Pflichtversichert bei:	<input type="checkbox"/> Privat Krankenversichert bei:
<input type="checkbox"/> Familienversichert über:	<input type="checkbox"/> Ohne Versicherungsschutz
ggf. Wunschkrankenkasse _____	

Nur bei geringfügig/ kurzfristig Beschäftigten

Antrag auf Befreiung von der Rentenversicherungspflicht wurde gestellt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Ergibt die Zusammenrechnung der monatlichen Entgelte mehr als 450€?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Wurden oder werden im aktuellen Kalenderjahr weitere Beschäftigungen ausgeübt?

<input type="checkbox"/> Ja	Zeitraum von: _____ bis: _____ Wöchentliche Arbeitszeit: _____ Monatliches Arbeitsentgelt: _____ Arbeitgeber: _____ Gerinfügig?: _____
<input type="checkbox"/> Nein	

Schwerbehinderung

Besteht eine Schwerbehinderung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> gleichgestellt
Grad der Behinderung	_____ %

Pfändung

Liegen bei Ihnen Pfändungen vor?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Haben Sie Ihre Bezüge verpfändet oder im Voraus abgetreten?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Falls ja, durch wen?	_____
In welcher Höhe?	_____



Personalfragebogen

Personalnummer: _____

(wird vom Arbeitgeber ausgefüllt)

Nur bei Entgelten zwischen 450,01 € und 850 €

Ich bin durch Merkblatt informiert worden, dass ich die Möglichkeit habe, auf ermäßigte Beiträge zur Rentenversicherung zu verzichten.	<input type="checkbox"/> ja
Ich möchte auf die Reduzierung des beitragspflichtigen Arbeitsentgeltes verzichten und zahle den vollen Arbeitnehmerbeitrag zur Rentenversicherung. (Dies gilt einheitlich für alle Beschäftigungen.)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Elektronisches Bescheinigungsverfahren (Bea)

Mit der elektronischen Übermittlung von Arbeits- und Nebeneinkommensbescheinigungen an die Bundesagentur für Arbeit bin ich einverstanden.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
--	---

5. Weitere Angaben

6. Angaben zu den Arbeitspapieren

Die folgenden Unterlagen liegen vor/ bei

<input type="checkbox"/>	Arbeitsvertrag
<input type="checkbox"/>	Bescheinigung über Lohnsteuerabzug/ Beschäftigungstage bei Vorarbeitgebern
<input type="checkbox"/>	Sozialversicherungsausweis
<input type="checkbox"/>	Bescheinigung der Krankenkasse/ Krankenversicherung
<input type="checkbox"/>	VWL-Vertrag
<input type="checkbox"/>	Nachweis Elterneigenschaft
<input type="checkbox"/>	Vertrag über betriebliche Altersversorgung
<input type="checkbox"/>	Schul-/ Studienbescheinigung
<input type="checkbox"/>	Schwerbehindertenausweis (Kopie)
<input type="checkbox"/>	Unterlagen Sozialkasse Bau/ Maler
<input type="checkbox"/>	Antrag auf Befreiung von der Rentenversicherungspflicht
<input type="checkbox"/>	Sonstige:

Mir ist bekannt, dass dieser Fragebogen Teil des Arbeitsvertrages ist. Ich bestätige die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben.

Änderungen gegenüber diesen Angaben werde ich unverzüglich mitteilen.

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

Ort, Datum_____
Unterschrift Arbeitnehmer*in_____
- bei Minderjährigen: gesetzlicher Vertreter*in -

Hinweis zur Dokumentationspflicht

Für folgende Personengruppen muss täglich **Beginn**, **Ende** und **Dauer** der täglichen **Arbeitszeit** aufgezeichnet und mindestens zwei Jahre lang aufbewahrt werden:

- **Minijobber** (Ausnahme: Privathaushalte)
- **Kurzfristig Beschäftigte**
- Arbeitnehmer in Wirtschaftszweigen, die zur **Sofortmeldung** verpflichtet sind