

Personalfragebogen

für kurzfristig Beschäftigte

(**grau hinterlegte Felder sind nicht vom Arbeitnehmer, sondern vom Arbeitgeber auszufüllen**)

Firma:

Name des Mitarbeiters

Personalnummer

Persönliche Angaben

Familienname ggf. Geburtsname	Vorname
Straße und Hausnummer inkl. Anschriftenzusatz	PLZ, Ort
Geburtsdatum	Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
Versicherungsnummer gem. Sozialvers. Ausweis	Familienstand
Geburtsort, -land – nur bei fehlender Versicherungs-Nr.	Schwerbehindert <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Staatsangehörigkeit	Arbeitnehmernummer Sozialkasse – Bau
Kontonummer (IBAN) <input type="checkbox"/> Barzahlung	Bankleitzahl/Bankbe- zeichnung (BIC)

Beschäftigung

Vereinbarter Zeitraum der kurzfristigen Beschäftigung	Eintrittsdatum	Betriebsstätte
Berufsbezeichnung	Ausgeübte Tätigkeit	
Ausbildung <input type="checkbox"/> Volks-/Hauptschule/mittlere Reife <input type="checkbox"/> Abitur <input type="checkbox"/> Fachschule/Fachhochschule <input type="checkbox"/> Universitätsabschluss	Berufsausbildung <input type="checkbox"/> mit <input type="checkbox"/> ohne	
Urlaubsanspruch (Kalenderjahr)	Wöchentl./Tägl. Arbeitszeit	Im Baugewerbe beschäftigt seit
Kostenstelle	Abt.-Nummer	Personengruppe

Status bei Beginn der Beschäftigung

<input type="checkbox"/> Arbeitnehmer/in	<input type="checkbox"/> Schüler/in	<input type="checkbox"/> Studienbewerber/in
<input type="checkbox"/> Arbeitnehmer/in in Elternzeit	<input type="checkbox"/> Schulentlassene/r	<input type="checkbox"/> Wehr-/Zivildienstleistender
<input type="checkbox"/> Arbeitslose/r	<input type="checkbox"/> Selbständige/r	<input type="checkbox"/> Sonstige:
<input type="checkbox"/> Beamtin/Beamter	<input type="checkbox"/> Student/in	
<input type="checkbox"/> Hausfrau/Hausmann	<input type="checkbox"/> Sozialhilfeempfänger/in	

Steuer - Angaben gemäß Lohnsteuerkarte

AGS/Gemeinde-Nr.	Finanzamt-Nr.		Identifikationsnr.
Steuerklasse/ Faktor	Kinderfrei- beträge	Konfession	25% - Pauschalierung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Sozialversicherung

Krankenversicherung	<input type="checkbox"/> Gesetzlich	<input type="checkbox"/> Privat	Name Krankenkasse/ Priv. Versicherung
---------------------	-------------------------------------	---------------------------------	--

Entlohnung

Bezeichnung	Betrag	Gültig ab	Stundenlohn	Gültig ab
Bezeichnung	Betrag	Gültig ab	Stundenlohn	Gültig ab

VWL - nur notwendig, wenn Vertrag vorliegt

Empfänger VL	Betrag	AG-Anteil (Höhe mtl.)
	Seit wann	Vertragsnr.
Kontonummer (IBAN)	Bankleitzahl/Bankbe- zeichnung (BIC)	

Angaben zu weiteren Beschäftigungen (auch zu Vorbeschäftigungen aus dem Vorjahr)

Zeitraum	Arbeitgeber	Art der Tätigkeit	Wöchentliche Arbeitszeit
		<input type="checkbox"/> geringfügig entlohnt <input type="checkbox"/> nicht geringfügig entlohnt <input type="checkbox"/> kurzfristig beschäftigt	
		<input type="checkbox"/> geringfügig entlohnt <input type="checkbox"/> nicht geringfügig entlohnt <input type="checkbox"/> kurzfristig beschäftigt	

Angaben zu den Arbeitspapieren

• Arbeitsvertrag	<input type="checkbox"/> liegt vor	<input type="checkbox"/> liegt bei
• Lohnsteuerkarte/Anzahl der Beschäftigungstage bei Vorarbeitgebern	Anzahl der Besch.-Tage	<input type="checkbox"/> liegt bei
• SV-Ausweis	<input type="checkbox"/> hat vorgelegen	<input type="checkbox"/> Kopie liegt bei
• VWL-Vertrag	<input type="checkbox"/> liegt vor	<input type="checkbox"/> liegt bei
• Schul-/Studienbescheinigung	<input type="checkbox"/> liegt vor	<input type="checkbox"/> liegt bei
• Schwerbehindertenausweis	<input type="checkbox"/> hat vorgelegen	<input type="checkbox"/> Kopie liegt bei
• Unterlagen Sozialkasse Bau/Maler	<input type="checkbox"/> liegt vor	<input type="checkbox"/> liegt bei

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 Unterschrift Arbeitgeber