

Personalfragebogen

(grau hinterlegte Felder sind vom Arbeitgeber auszufüllen)

STEUERBERATER

BOCK
LUTTER
KOLLEGEN

Bussardweg 2a
31655 Stadthagen

info@ihre-steuerkanzlei.com
www.ihre-steuerkanzlei.com

Tel 05721-9702-0
Fax 05721-9702-25

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 – <i>nur bei fehlender Versicherungs-Nr.</i>	Schwerbehindert <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Staatsangehörigkeit	
Kontonummer (IBAN)	Bankleitzahl /Bankbezeichnung (BIC)

Beschäftigung

Eintrittsdatum		
Berufsbezeichnung	Ausgeübte Tätigkeit	
<input type="checkbox"/> Hauptbeschäftigung	<input type="checkbox"/> Nebenbeschäftigung	
Üben Sie weitere Beschäftigungen aus? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Wenn ja, wie hoch ist das Entgelt bei dieser weiteren Beschäftigung? (!!! Gleitzone beachten !!!)		
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: <input type="checkbox"/> Vollzeit <input type="checkbox"/> Teilzeit.	Ggf. Verteilung d. wöchentl. Arbeitszeit (Std.) Mo Di Mi Do Fr Sa	Urlaubsanspruch (Kalenderjahr)

Personalfragebogen

(grau hinterlegte Felder sind vom Arbeitgeber auszufüllen)

STEUERBERATER

BOCK
LUTTER
KOLLEGEN

Bussardweg 2a
31655 Stadthagen

info@ihre-steuerkanzlei.com
www.ihre-steuerkanzlei.com

Tel 05721-9702-0
Fax 05721-9702-25

Firma:

Name des Mitarbeiters

Personalnummer

Steuer

Identifikationsnr.	Finanzamt-Nr.	Steuerklasse/Faktor	Kinderfreibeträge	Konfession
--------------------	---------------	---------------------	-------------------	------------

Sozialversicherung

Gesetzl. Krankenkasse (bei PKV: letzte ges. Krankenkasse)	Elterneigenschaft <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
-----------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------

Entlohnung

Bezeichnung	Betrag	Gültig ab	Stundenlohn	Gültig ab

Angaben zu steuerpflichtigen Vorbeschäftigungszeiten im laufenden Kalenderjahr

Zeitraum von	Zeitraum bis	Art der Beschäftigung	Anzahl der Beschäftigungstage

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.

Über die gesetzlich notwendige Mitführungs- und Vorlagepflicht meiner Ausweispapiere während der Beschäftigung bin ich hingewiesen worden.

Datum

Unterschrift Arbeitnehmer

Datum

Unterschrift Arbeitgeber