

Personalfragebogen

(grau hinterlegte Felder sind vom Arbeitgeber auszufüllen)

Kramps // Middendorf
Ostmerheimer Str. 272
51109 Köln
Telefax 0221 – 989318 – 11

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	Verwandtschaftsverhältnis zum Arbeitgeber	
Kontonummer (IBAN)	Bankleitzahl/Bankbe- zeichnung (BIC)	

Beschäftigung

Eintrittsdatum	Ersteintrittsdatum	Betriebsstätte
Berufsbezeichnung		Ausgeübte Tätigkeit
<input type="checkbox"/> Hauptbeschäftigung <input type="checkbox"/> Nebenbeschäftigung	Anzahl der Berufsjahre:	Probezeit: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Dauer der Probezeit: _____
Üben Sie weitere Beschäftigungen aus?		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Handelt es sich hierbei um eine geringfügige Beschäftigung?		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
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 Berufs- ausbildung <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
Beginn der Ausbildung:	Voraussichtliches Ende der Ausbildung:	
wöchentl. Arbeitszeit: _____ Std <input type="checkbox"/> Vollzeit <input type="checkbox"/> Teilz.	Ggf. Verteilung d. wöchentl. Arbeitszeit (Std.) Mo Di Mi Do Fr Sa So	Urlaubsanspruch (Kalenderjahr)

Befristung

<input type="checkbox"/> Das Arbeitsverhältnis ist befristet / <input type="checkbox"/> zweckbefristet	Befristung Arbeitsvertrag zum:
<input type="checkbox"/> Schriftlicher Abschluss des befristeten Arbeitsvertrages	Abschluss Arbeitsvertrag am:
<input type="checkbox"/> befristete Beschäftigung ist für mindestens 2 Monate vorgesehen, mit Aussicht auf Weiterbeschäftigung	

Bescheinigungen elektronisch annehmen (Bea)

Erklärung des Arbeitnehmers: Mit der elektronischen Übermittlung von Arbeits- und Nebeneinkommensbescheinigungen an die Bundesagentur für Arbeit bin ich einverstanden.

Personalfragebogen

(grau hinterlegte Felder sind vom Arbeitgeber auszufüllen)

Kramps // Middendorf
Ostmerheimer Str. 272
51109 Köln
Telefax 0221 – 989318 – 11

Firma:

Name des Mitarbeiters

Personalnummer

Steuer

Identifikationsnummer	Steuerklasse/Faktor	Kinderfreibeträge	Konfession
-----------------------	---------------------	-------------------	------------

Sozialversicherung

Gesetzl. Krankenkasse (bei PKV: letzte ges. Krankenkasse) Mit Angabe der Telefonnummer	Elterneigenschaft <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Zuordnung Unfallversicherungs-Gefahrentarif	

Entlohnung

Bezeichnung	Betrag	Gültig ab	Stundenlohn	Gültig ab

VWL - nur notwendig wenn Vertrag vorliegt

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

Bitte reichen Sie folgenden Arbeitspapiere in Kopie ein:

Arbeitsvertrag	<input type="checkbox"/> beigefügt
Bescheinigung über LSt.-Abzug	<input type="checkbox"/> beigefügt
SV-Ausweis	<input type="checkbox"/> beigefügt
Mitgliedsbescheinigung Krankenkasse	<input type="checkbox"/> beigefügt
Bescheinigung zur privaten Krankenversicherung	<input type="checkbox"/> beigefügt
VWL Vertrag	<input type="checkbox"/> beigefügt
Nachweis Elterneigenschaft (z.B. Geburtsurkunde Kind (Kopie))	<input type="checkbox"/> beigefügt
Vertrag Betriebliche Altersversorgung	<input type="checkbox"/> beigefügt
Schwerbehindertenausweis	<input type="checkbox"/> beigefügt
Unterlagen Sozialkasse Bau/Maler	<input type="checkbox"/> beigefügt

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.

Datum

Unterschrift Arbeitnehmer

Datum

Unterschrift Arbeitgeber