

Personalfragebogen

(grau hinterlegte Felder sind vom Arbeitgeber auszufüllen)

Firma:

Name des Mitarbeiters

Personalnummer

Persönliche Angaben

Familienname ggf. Geburtsname	Goerke	Vorname	David
Straße und Hausnummer inkl. Anschriftenzusatz	Langenstraße 34	PLZ, Ort	18439 Stralsund
Geburtsdatum	05.05.1999	Geschlecht	<input checked="" type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
Versicherungsnummer gem. Sozialvers. Ausweis	02050599G009	Familienstand	ledig
Geburtsort, -land - nur bei fehlender Versicherungs-Nr.		Schwerbehindert	<input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nein
Staatsangehörigkeit	Deutsch	Arbeitnehmernummer Sozialkasse - Bau	
Kontonummer (IBAN)	DE95 1504 0068 0876 8442 00	Bankleitzahl/Bankbe- zeichnung (BIC)	COBADEFFXXX

Beschäftigung

Eintrittsdatum	1.10.25	Ersteintritts- datum		Betriebsstätte	Café Hoch ³
Berufsbezeichnung	Geschäftsführer	Ausgeübte Tätigkeit	Geschäftsführer		
<input type="checkbox"/> Hauptbeschäftigung		<input checked="" type="checkbox"/> Nebenbeschäftigung			
Üben Sie weitere Beschäftigungen aus? <input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein					
Höchster Schulabschluss		Höchste Berufs- ausbildung			
<input type="checkbox"/> ohne Schulabschluss <input type="checkbox"/> Haupt-/Volksschulabschluss <input type="checkbox"/> Mittlere Reife/gleichwertiger Abschluss <input checked="" type="checkbox"/> Abitur/Fachabitur		<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:		Im Baugewerbe beschäftigt seit		
Wöchentliche Arbeitszeit:	Ggf. Verteilung d. wöchentl. Arbeitszeit (Std.)		Urlaubsanspruch (Kalenderjahr)		
<input type="checkbox"/> Vollzeit <input checked="" type="checkbox"/> Teilz.	Mo Di Mi Do Fr Sa		24		
Kostenstelle	Abt.-Nummer		Personengruppe		

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	

Weitere Angaben

--

Personalfragebogen

(grau hinterlegte Felder sind vom Arbeitgeber auszufüllen)

Firma:

Name des Mitarbeiters

Personalnummer

Steuer

Identifikationsnr. 40 962 981 376	Finanzamt-Nr. HST	Steuerklasse/Faktor 1	Kinderfreibeträge x	Konfession x
---	-----------------------------	---------------------------------	-------------------------------	------------------------

Sozialversicherung

Gesetzl. Krankenkasse (bei PKV: letzte ges. Krankenkasse) Barmer GeK (104940005)			Elterneigenschaft <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
KV R903266698	RV 02050599G009	AV	PV	UV - Gefahrtarif

Entlohnung

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

Angaben zu den Arbeitspapieren

Arbeitsvertrag	<input type="checkbox"/> liegt vor
Bescheinigung über LSt.-Abzug	<input type="checkbox"/> liegt vor
SV-Ausweis	<input type="checkbox"/> liegt vor
Mitgliedsbescheinigung Krankenkasse	<input type="checkbox"/> liegt vor
Bescheinigung zur privaten Krankenversicherung	<input type="checkbox"/> liegt vor
VWL Vertrag	<input type="checkbox"/> liegt vor
Nachweis Elterneigenschaft	<input type="checkbox"/> liegt vor
Vertrag Betriebliche Altersversorgung	<input type="checkbox"/> liegt vor
Schwerbehindertenausweis	<input type="checkbox"/> liegt vor
Unterlagen Sozialkasse Bau/Maler	<input type="checkbox"/> liegt vor

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.

4.11.25
Datum

[Signature]
Unterschrift Arbeitnehmer

4.11.25
Datum

[Signature]
Unterschrift Arbeitgeber