

# Personalfragebogen

Pers.Nr.: \_\_\_\_\_

## Angaben zur Person

Name: _____	Verheiratet: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Geburtsname: _____	Rentenbezieher: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Vorname: _____	Student: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Geschlecht: <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	Praktikant: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	vorgeschriebenes Praktikum <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Eintrittsdatum: _____ TT.MM.JJJJ	Ausgeübte Tätigkeit: _____
Geburtsdatum: _____ TT.MM.JJJJ	Höchster Schulabschluss: _____
Geburtsort: _____	Höchster Ausbildungsabschluss: _____
Geburtsland: _____	Arbeitnehmerüberlassung: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Staatsangehörigkeit: _____	Vertragsform: <input type="checkbox"/> Vollzeit <input type="checkbox"/> Teilzeit
Rentenvers.-Nr.: _____	Arbeitsvertrag ist befristet: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
ZVK-Arbeitnehmernr.: _____	Wenn ja, befristet bis: _____ TT.MM.JJJJ
Straße: _____	Aufenthaltsgenehmigung von: _____ bis: _____
PLZ und Wohnort: _____	Arbeitserlaubnis von: _____ bis: _____
Telefon-Nr.: _____	Immatrikulation von: _____ bis: _____
E-Mail-Adresse: _____	Schwerbehindert: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Identifikationsnummer: _____	Wenn ja, Behinderungsgrad in %: _____
Bankname: _____	Hauptbeschäftigung? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
SWIFT-BIC: _____	Ausübung weiterer Beschäftigungen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
IBAN: _____	

## Angaben zur Sozialversicherungspflicht

Krankenkasse: _____	<input type="checkbox"/> pflichtversichert	<input type="checkbox"/> freiwillig versichert	⇒ <input type="checkbox"/> Selbstzahler	<input type="checkbox"/> Firmenzahler
	<input type="checkbox"/> privat versichert	⇒ <input type="checkbox"/> Selbstzahler		<input type="checkbox"/> Firmenzahler
	AG-Zuschuss private	KV: _____ €	PV: _____ €	
	Gesamtbetrag private	KV: _____ €	PV: _____ €	
	Basisabsicherung private	KV: _____ €	PV: _____ €	
Statuskennzeichen: <input type="checkbox"/> Ehegatte, Lebenspartner, Abkömmling				<input type="checkbox"/> Geschäftsf. Gesellschafter
Saisonarbeitnehmer: <input type="checkbox"/> ja				
Angaben zur Rentenversicherung:				
<input type="checkbox"/> es besteht Beitragspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung				
<input type="checkbox"/> es besteht Beitragspflicht bei nachstehendem berufsständischen Versorgungswerk:				
_____		Mitgliedsnr.: _____	HV-Beitrag: _____ €	
<input type="checkbox"/> es liegt eine Verzichtserklärung auf die Versicherungsfreiheit vor (nur Altersvollrentner)				

## Angaben zur Pflegeversicherung (PV-Zuschlag):

Elterneigenschaft liegt vor:  ja (lt. beigefügtem Geburtsnachweis)  nein



**Beigefügte Unterlagen des Arbeitnehmers**

Bescheinigung für den Lohnsteuerabzug	<input type="checkbox"/> Original	<input type="checkbox"/> Kopie
VWL-Vertrag	<input type="checkbox"/> Original	<input type="checkbox"/> Kopie
Altersvorsorge-Vertrag	<input type="checkbox"/> Original	<input type="checkbox"/> Kopie
Pfändungsverfügung	<input type="checkbox"/> Original	<input type="checkbox"/> Kopie
Geburtsnachweis Kind	<input type="checkbox"/> Original	<input type="checkbox"/> Kopie
Mitgliedsbescheinigung gesetzliche Krankenkasse	<input type="checkbox"/> Original	<input type="checkbox"/> Kopie
Bescheinigung private Krankenkasse (Arbeitgeberzuschuss/Vorsorgeaufwendungen)	<input type="checkbox"/> Original	<input type="checkbox"/> Kopie
Arbeitsvertrag	<input type="checkbox"/> Original	<input type="checkbox"/> Kopie
Schwerbehindertenausweis	<input type="checkbox"/> Original	<input type="checkbox"/> Kopie
Sonstige: _____	<input type="checkbox"/> Original	<input type="checkbox"/> Kopie

**Sonstige Angaben**

---

---

---

---

---

**Bestätigung des Arbeitnehmers**

Hiermit versichere ich, die Angaben wahrheitsgemäß gemacht zu haben. Jede Änderung, insbesondere in Bezug auf weitere Beschäftigungen (Art, Dauer und Entgelt), werde ich meinem Arbeitgeber unverzüglich mitteilen.

**Bestätigung des Arbeitgebers**

---

(Sachbearbeiter)

---

(Datum | Unterschrift)

---

(Datum | Firmenstempel)