

**Personalfragebogen Festanstellung**  
(Gehalt monatlich mehr als 538 EUR)



Firma:

Name des Mitarbeitenden
-------------------------

**Persönliche Angaben**

Familienname:	Vorname:
Straße und Hausnummer:	PLZ, Ort:
Geburtsdatum:	Geschlecht: <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers
Versicherungsnummer: (siehe Mitgliedsbescheinigung Krankenkasse )	Geburtsort:
Familienstand: <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet/Lebenspartnerschaft <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet	Schwerbehindert: <input type="checkbox"/> ja, Grad der Behinderung: _____ Merkmale: _____ <input type="checkbox"/> Kopie des Behindertenausweises liegt vor <input type="checkbox"/> Nein
Staatsangehörigkeit:	Anzahl der Kinder:
Kontonummer (IBAN):	Bankleitzahl (BIC):

Eintrittsdatum (erster Arbeitstag):	
Berufsbezeichnung:	
Probezeit: <input type="checkbox"/> Ja, Dauer: _____ Wochen/Monate <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Hauptbeschäftigung <input type="checkbox"/> Nebenbeschäftigung

Üben Sie weitere Beschäftigungen aus?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Handelt es sich um eine geringfügige Beschäftigung?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Urlaubsanspruch (Kalenderjahr):  Durchschnittliche wöchentliche Arbeitszeit:  <input type="checkbox"/> _____Stunden/Woche <input type="checkbox"/> Vollzeit <input type="checkbox"/> Teilzeit	<b>Verteilung der Arbeitszeit</b>	
	<input type="checkbox"/> Montag	
	<input type="checkbox"/> Dienstag	
	<input type="checkbox"/> Mittwoch	
	<input type="checkbox"/> Donnerstag	
	<input type="checkbox"/> Freitag	
	<input type="checkbox"/> Samstag	
	<input type="checkbox"/> Sonntag	

<b>Höchster Schulabschluss:</b>  <input type="checkbox"/> ohne Schulabschluss <input type="checkbox"/> Haupt-/Volksschulabschluss <input type="checkbox"/> Mittlere Reife/gleichwertiger Abschluss <input type="checkbox"/> Abitur/Fachabitur	<b>Höchste Berufsausbildung:</b>  <input type="checkbox"/> ohne beruflichen Ausbildungsabschluss <input type="checkbox"/> Anerkannte Berufsausbildung <input type="checkbox"/> Meister/Techniker/gleichwertiger Fachabschluss <input type="checkbox"/> Bachelor <input type="checkbox"/> Diplom/Magister/Master/Staatsexamen <input type="checkbox"/> Promotion
<b>Beginn der Ausbildung:</b> (Vertrag beifügen)	<b>Voraussichtliches Ende der Ausbildung:</b>

**Steuer**

<b>Identifikationsnummer:</b> (Siehe Steuerbescheid oder letzte Lohnabrechnung)	<b>Steuerklasse:</b>	<b>Kinderfreibeträge:</b>	<b>Religion:</b>
--	----------------------	---------------------------	------------------

**Sozialversicherung**

<b>Haben Sie Kinder?</b> <input type="checkbox"/> Ja ( <u>bitte füllen Sie zusätzlich das Formular zum Nachweis Elterneigenschaft aus</u> ) <input type="checkbox"/> Nein	<b>Name Krankenkasse:</b> (Nachweis beifügen)
---	---

**Entlohnung:**

Bezeichnung:	Betrag:	Gültig ab:	Stundenlohn:	Gültig ab:
--------------	---------	------------	--------------	------------

**Vermögenswirksame Leistungen – nur notwendig wenn Vertrag vorliegt**

Empfänger VWL:	Betrag:	AG-Anteil: (Höhe mtl)
	Seit wann:	Vertragsnummer:
Kontonummer: (IBAN) _____	Bankleitzahl: (BIC) _____	

**Angaben zu den Arbeitspapieren**

Arbeitsvertrag	<input type="checkbox"/> Liegt vor
Mitgliedsbescheinigung Krankenkasse	<input type="checkbox"/> Liegt vor
Bescheinigung der privaten Krankenversicherung	<input type="checkbox"/> Liegt vor
VWL Vertrag	<input type="checkbox"/> Liegt vor
Nachweis Elterneigenschaft	<input type="checkbox"/> Liegt vor
Schwerbehindertenausweis	<input type="checkbox"/> Liegt vor

**Bitte reichen Sie die Ihnen vorliegenden Arbeitspapiere zwingend mit der Anmeldung in der Kanzlei ein. Diese müssen, zumindest auszugsweise, bei einer Prüfung vorgelegt werden.**

**Angaben zu steuerpflichtigen Vorbeschäftigungen im laufenden Kalenderjahr**

Zeitraum von:	Zeitraum bis:	Art der Beschäftigung:	Anzahl Beschäftigungstage:

**Erklärung des Mitarbeitenden:**

Ich versichere, dass die vorstehenden Angaben der Wahrheit entsprechen. Ich verpflichte mich, meinem Arbeitgeber/meiner Arbeitgeberin alle Änderungen, insbesondere in Bezug auf weitere Beschäftigungen (in Bezug auf Art, Dauer und Entgelt) unverzüglich mitzuteilen.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift **Arbeitnehmer\*in**

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift **Arbeitgeber\*in**