

Personalfragebogen für Lohnsteuer- und sozialversicherungspflichtig Beschäftigte

zurück an:

Kanzlei Fuchs & Stolz, Partnerschaft mbB, Steuerberater, In den Böden 1, 97332 Volkach,
 Tel.: 09381 / 80 80-10, Fax: 09381 / 80 80-80
 E-Mail: mail@fuchsendstolz.de

I. Name des Arbeitgebers:

II. Persönliche Angaben des Arbeitnehmers

Name:	¹⁾ Geburtsname:
Vorname:	¹⁾ Nationalität:
Geschlecht: <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers	
Straße:	¹⁾ Geburtsort:
PLZ:	Persönl.-Steuer-Identifikationsnr.:
Wohnort:	²⁾ Rentenversicherungs-Nr.:
Geburtsdatum:	³⁾ Jahresarbeitsentgeltgrenze 2022: Ich habe im Vorjahr über 64.350,00 € verdient und werde im aktuellen Jahr über 64.350,00 € verdienen <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Eintrittsdatum:	
Familienstand:	
Name Krankenkasse:	
Kinder: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	falls ja: Siehe Seite 4, Punkt 3
Berufsbezeichnung:	
Höchster Schulabschluss	Höchste Berufsausbildung
<input type="checkbox"/> Ohne Schulabschluss	<input type="checkbox"/> Ohne beruflichen Ausbildungsabschluss
<input type="checkbox"/> Haupt- / Volksschulabschluss	<input type="checkbox"/> Anerkannte Berufsausbildung
<input type="checkbox"/> Mittlere Reife / gleichwertiger Abschluss	<input type="checkbox"/> Meister / Techniker / gleichwertiger Fachschulabschluss
<input type="checkbox"/> Abitur / Fachabitur	<input type="checkbox"/> Bachelor
	<input type="checkbox"/> Diplom / Magister / Master / Staatsexamen
	<input type="checkbox"/> Promotion

Wöchentliche Arbeitszeit: Stunden, regelmäßig an folgenden Tagen der Woche:

- Montag Std. Dienstag Std. Mittwoch Std.
 Donnerstag Std. Freitag Std. Samstag Std.
 Sonntag Std.

Bankverbindung: a) Bankbezeichnung :
 b) IBAN :
 c) BIC :

Steuerklasse Lohnsteuerabzug:	
Religionsgemeinschaft: Arbeitnehmer: Ehegatte:	
Anzahl der Berufsjahre (ab dem Tag der mündlichen Prüfung):	
Monat Berufsjahreswechsel:	
Bruttogehalt: €	
Mindestlohnanforderung erfüllt:	
<input type="checkbox"/> ja (Bruttogehalt : 4,33 : wöchentliche Stundenzahl = mindestens 12,00 €)	
Tarifgebunden: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
Befristung: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> falls ja: Bis wann:	
Fahrtkostenzuschuss: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> falls ja: Angaben zur Berechnung der Fahrtkostenerstattung beifügen	
Vermögenswirksame Leistungen: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Arbeitgeber-Anteil €	
Üben Sie gleichzeitig eine weitere sozialversicherungspflichtige Beschäftigung aus: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
falls ja: Bei: regelmäßiges monatliches Arbeitsentgelt: €	
Hinweis: Es besteht bei sozialversicherungspflichtigen Mehrfachbeschäftigten die Pflicht des jeweiligen Arbeitgebers zur monatlichen Meldung an die gesetzliche Krankenversicherung!	

Der Arbeitnehmer bestätigt hiermit, dass die gemachten Angaben der Wahrheit entsprechen und dass er jede Veränderung sofort unaufgefordert dem Arbeitgeber schriftlich meldet. Der Arbeitgeber erklärt sich mit den Angaben einverstanden.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift Arbeitnehmer

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift Arbeitgeber

- 1) Angaben entfallen, wenn Rentenversicherungs-Nr. vorhanden.
- 2) Angaben entfallen, wenn Kopie Sozialversicherungsausweis vorliegt.
- 3) Angaben entfallen, wenn eine gesetzliche Krankenversicherung vorliegt.

Hinweis: Dieser Personalfragebogen soll die wesentlichen Inhalte des Arbeitsverhältnisses festhalten, ersetzt jedoch nicht den Abschluss eines schriftlichen Arbeitsvertrages.

Belehrung und Erklärung des Arbeitnehmers beim Bezug von sozialversicherungsfreien Vergütungen

Name des Arbeitnehmers: _____

Belehrung:

Sie erhalten (künftig) sozialversicherungsfreie Vergütungen, wodurch Sie netto mehr erhalten als beim Bezug von normalem Bruttolohn. Diese Ersparnis entsteht zum Teil durch Einsparung von Beiträgen zur Renten-, Kranken- und Arbeitslosenversicherung.

Mit diesem Schreiben möchten wir Sie darauf hinweisen, dass aufgrund der niedrigeren Beiträge entsprechend niedrigere Leistungsansprüche im Falle von Krankheit und Arbeitslosigkeit bestehen. Auch wird hierdurch Ihre spätere Rente niedriger ausfallen. Sie werden darauf hingewiesen, dass es ratsam ist einen entsprechenden Teil der Ersparnisse für Ihre Altersversorgung zurückzulegen.

Erklärung:

Ich erkläre hiermit, dass ich die o. g. Belehrung gelesen und verstanden habe. Dennoch wünsche ich weiterhin Zahlungen als begünstigte Vergütungsteile. Falls dies nicht mehr der Fall sein sollte, werde ich das meinem Arbeitgeber unaufgefordert schriftlich mitteilen.

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift Arbeitgeber

Unterschrift Arbeitnehmer

Abzugebende Unterlagen:

1. Kopie Arbeitsvertrag/Ausbildungsvertrag
2. Kopie Sozialversicherungsausweis (falls Rentenversicherungsnummer nicht auf Seite 1 ersichtlich)
3. Arbeitnehmer über 23 Jahre mit Kindern: Nachweis der eigenen Elternschaft zur Berücksichtigung bei der Pflegeversicherung (z. B. Kopie Geburtsurkunde Kind)
4. Bei Arbeitnehmern mit voraussichtlichem Überschreiten der Jahresarbeitsentgeltgrenze Sozialversicherung
 - Erklärung über die Verdienste bei Vorbeschäftigungen
5. Bei Arbeitnehmern mit privater Krankenversicherung
 - a) Bescheinigung der Versicherung über die Höhe der monatlichen Beiträge
 - b) Bescheinigung der Versicherung zur Berücksichtigung der Vorsorgeaufwendungen im Lohnsteuerabzugsverfahren (Basisanteil)
6. Formular Angaben zur Fahrtkostenerstattung Wohnung – 1. Tätigkeitsstätte
7. Bescheinigung über Anlage der vermögenswirksamen Leistungen
8. Betriebliche Altersvorsorge (z. B. Direktversicherung, Pensionskasse)
 - a) Neuvertrag: - Vertragsunterlagen
 - b) Altvertrag: - Unterlagen Erstvertrag
 - Unterlagen Vertragsänderung Arbeitgeberwechsel
 - Altvertrag vor 01.01.2005 evtl. Verzichtserklärung
9. Bei Befreiung von der gesetzlichen Rentenversicherung (nur bei angestellten Berufsträgern):
 - a) Mitgliedsbescheinigung des Versorgungswerkes
 - b) Kopie des aktuellen Befreiungsbescheides der Deutsche Rentenversicherung (Hinweis auf 3-Monats-Frist zur Antragstellung, muss bei jedem Arbeitgeberwechsel neu beantragt werden)
10. Falls Eintritt nach dem 30.06. d. lfd. Jahres: Bescheinigung des vorherigen Arbeitgebers über bereits gewährten Urlaub im Eintrittsjahr