



PERSONALFRAGEBOGEN FÜR KURZFRISTIG BESCHÄFTIGTE

Firmenstempel

PERSÖNLICHE DATEN

Name: _____

Vorname: _____

Straße / Hausnummer: _____

PLZ / Wohnort: _____

Geburtsdatum: _____

Geschlecht männlich weiblich divers

Familienstand: _____

Staatsangehörigkeit: _____

Konfession: _____

Rentenversicherungsnummer: _____

Falls der Arbeitnehmer (m/w/d) noch keine Versicherungsnummer hat:

Geburtsort: _____

Geburtsname: _____

Eintrittsdatum: _____

Austrittsdatum: _____
(falls schon bekannt)

Höhe Lohn: _____

Ausgeübte Tätigkeit: _____



SCHULISCHE LAUFBAHN

<p>Höchster Schulabschluss:</p> <p><input type="checkbox"/> Ohne Schulabschluss</p> <p><input type="checkbox"/> Haupt- / Volksschulabschluss</p> <p><input type="checkbox"/> Mittlere Reife / gleichwertiger Abschluss</p> <p><input type="checkbox"/> Abitur / Fachabitur</p>	<p>Höchste Berufsausbildung:</p> <p><input type="checkbox"/> Ohne beruflichen Ausbildungsabschluss</p> <p><input type="checkbox"/> Abschluss einer anerkannten Berufsausbildung</p> <p><input type="checkbox"/> Meister / Techniker / gleichwertiger Fachschulabschluss</p> <p><input type="checkbox"/> Bachelor</p> <p><input type="checkbox"/> Diplom / Magister / Master / Staatsexamen</p> <p><input type="checkbox"/> Promotion</p>
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------



ANGABEN ZUR KRANKENKASSE

Ich bin krankenversichert bei _____

Ich bin gesetzlich krankenversichert

Ich bin freiwillig krankenversichert

Ich bin privat krankenversichert
(bitte Nachweis erbringen)





**BEI AUSLÄNDISCHEN
ARBEITNEHMERN
(M/W/D)**

Sie als Arbeitgeber (m/w/d) benötigen zusätzlich folgende Unterlagen
- bei befristeter Erlaubnis auf Verlängerung achten! -

- gültige Aufenthaltserlaubnis und gültige Arbeitserlaubnis
- EU-Angehörige – gültige Aufenthalts-
erlaubnis



**STATUS WÄHREND
DER BESCHÄFTIGUNG
(M/W/D)**

Wichtig, bitte unbedingt ausfüllen

- Bezahlter Urlaub
- Erziehungsurlaub
- Student/in
- Unbezahlter Urlaub
- Arbeiterverhältnis
- Rentner/in
- Hausmann/frau
- Angestelltenverhältnis
- Schüler/in



**BESCHEINIGUNG ELEKTRO-
NISCH ANNEHMEN (BEA)**

Ich stimme der elektronischen Übermittlung von Arbeits- und Nebeneinkommens-
bescheinigungen an die Bundesagentur für Arbeit zu.



**ANGABEN ZUR BESTEU-
RUNG UND SONSTIGE
BESCHÄFTIGUNGEN**

Lohnsteuer:

- pauschal durch Arbeitgeber 25%

(Höchstlohn je Arbeitstag 120 €, Höchstlohn
je Arbeitsstunde durchschnittlich 15 €, max.
18 zusammenhängende Tage)

- Versteuerung lt. Lohnsteuerabzugs-
merkmale

Persönliche Identifikations-Nr.

- Hauptarbeitgeber (m/w/d)

- Nebenarbeitgeber (m/w/d)

Kinderfreibetrag

Sonstige Freibeträge



1. Haben Sie eine regelmäßige sozialversi-
cherungspflichtige Beschäftigung?

- Ja Nein

Wenn Ja: Welche Art der Anstellung üben
Sie aus?

Berufsbezeichnung

2. Haben Sie bereits eine andere kurzfristige
Beschäftigung?

- Ja Nein

Wenn Ja: Welche Höhe hat Ihr anderer
kurzfristige Beschäftigung?

_____ €

Seit wann haben Sie die andere
kurzfristige Beschäftigung?

ABRECHNUNG NACH

- Arbeitsvertrag Stundennachweis





AUSZAHLUNG

Bar

Überweisung



IBAN

BIC

Bankbezeichnung

ERKLÄRUNG DES ARBEITNEHMERS (M/W/D)

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.



Ort, Datum, Unterschrift des Arbeitnehmers (m/w/d)

Unterschrift Arbeitgeber (m/w/d) / Firmenstempel



**HAFTUNGSVEREINBARUNG/
ERKLÄRUNG BEI KURZ-
FRISTIGEN BESCHÄFTIGUNGS-
VERHÄLTNISSEN**

Für das zwischen Arbeitgeber
(m/w/d):



Firmenstempel

und Arbeitnehmer (m/w/d): _____, geb. _____

genaue Anschrift: _____

eingegangene, bzw. einzugehende Beschäftigungsverhältnis ist die Versicherungsfreiheit Voraussetzung.

Der Arbeitnehmer versichert, dass eventuelle frühere Beschäftigungsverhältnisse der Versicherungsfreiheit nicht entgegenstehen und dass er weitere Beschäftigungsverhältnisse nicht unterhält, bzw. auch diese einer Versicherungsfreiheit nicht entgegenstehen. Von Veränderungen, die die Versicherungsfreiheit berühren oder entfallen lassen, wird der Arbeitnehmer unverzüglich Mitteilung machen, da dann eine Weiterbeschäftigung nicht mehr möglich ist.

Ich erkläre, dass ich im laufenden Kalenderjahr keine kurzfristigen Beschäftigungsverhältnisse hatte durch die die Grenze von 3 Monaten oder 70 Arbeitstagen überschritten wird.

Ich erkläre, dass ich im laufenden Kalenderjahr ein/mehrere kurzfristige/s Beschäftigungsverhältnisse hatte, und zwar:

	von:	bis:	Beschäftigungstage:
1. Arbeitsverhältnis	_____	_____	_____
2. Arbeitsverhältnis	_____	_____	_____
3. Arbeitsverhältnis	_____	_____	_____
4. Arbeitsverhältnis	_____	_____	_____
5. Arbeitsverhältnis	_____	_____	_____
			Summe: _____

70 Beschäftigungstage sind in den vorgenannten Beschäftigungsverhältnissen nicht erreicht und werden im Laufe dieses Beschäftigungsverhältnisses nicht überschritten.

Sind die Angaben des Arbeitnehmers unrichtig oder unterlässt er es, den Arbeitgeber über Veränderungen zu informieren und kommt es zu einer Heranziehung des Arbeitgebers zu Versicherungsbeiträgen, so trägt der Arbeitnehmer die hierdurch entstandenen Aufwendungen bzw. den Schaden des Arbeitgebers.

Ort, Datum

Ort, Datum

Unterschrift Arbeitnehmer (m/w/d)

Unterschrift Arbeitgeber (m/w/d)