

Personalfragebogen ab 01.01.25 für geringfügig (Minijob) oder kurzfristig Beschäftigte



Firma:

Faxnummer: 0 (441) 9409499

Name der beschäftigten Person

Personalnummer

Persönliche Angaben

Familiennamenname		Geburtsname		Vorname	
Straße und Hausnummer inkl. Anschriftenzusatz				PLZ, Ort	
Geburtsdatum		Geschlecht		<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> unbestimmt <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers	
Versicherungsnummer gem. Sozialvers.Ausweis					
Geburtsort		Geburtsland		Schwerbehindert	
				<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Staatsangehörigkeit				Arbeitnehmernummer Sozialkasse – Bau	
IBAN				<input type="checkbox"/> Barzahlung BIC	

Beschäftigung

Eintrittsdatum		Ersteintrittsdatum		Beschäftigungsbetrieb					
Berufsbezeichnung				Ausgeübte Tätigkeit					
Höchster Schulabschluss <input type="checkbox"/> ohne Schulabschluss <input type="checkbox"/> Haupt-/Volksschulabschluss <input type="checkbox"/> Mittlere Reife/gleichwertiger Abschluss <input type="checkbox"/> Abitur/Fachabitur				Höchste Berufsausbildung <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					
Wöchentliche Arbeitszeit: <input type="checkbox"/> Vollzeit <input type="checkbox"/> Teilz.		Pflichtangabe Verteilung d. wöchentl. Arbeitszeit (Std.)			Urlaubsanspruch (Kalenderjahr)				
		Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So	
Kostenstelle Abt.-Nummer		Personengruppe				Im Baugewerbe beschäftigt seit			

Status bei Beginn der Beschäftigung

<input type="checkbox"/> Beschäftigte Person	<input type="checkbox"/> Beamtin/Beamter	<input type="checkbox"/> Schulentlassene/r	<input type="checkbox"/> ALG-/Sozialhilfeempfänger:in
<input type="checkbox"/> Beschäftigte Person in Elternzeit	<input type="checkbox"/> Hausfrau/Hausmann	<input type="checkbox"/> Selbständige/r	<input type="checkbox"/> Studienbewerber/in
<input type="checkbox"/> Arbeitslose/r	<input type="checkbox"/> Schüler/in	<input type="checkbox"/> Student/in	<input type="checkbox"/> Wehr-/Zivildienstleistender
<input type="checkbox"/> Sonstige:			

Steuer

Identifikationsnr.			Kinderfreibeträge	
Steuerklasse/Faktor		Konfession		Pauschalierung <input type="checkbox"/> 2% <input type="checkbox"/> 20%
				Abwälzung an beschäftigte Person <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Personalfragebogen ab 01.01.25 für geringfügig (Minijob) oder kurzfristig Beschäftigte



Firma:

Faxnummer: 0 (441) 9409499

Name der beschäftigten Person

Personalnummer

Krankenkasse Sozialversicherung

Krankenversicherung <input type="checkbox"/> Gesetzlich <input type="checkbox"/> Privat	Name Krankenkasse/ Priv. Versicherung
UV-Gefahrenstarif	DEÜV-Status
Nur bei geringfügig Beschäftigten:	<input type="checkbox"/> Antrag auf Befreiung von der Versicherungspflicht in der Rentenversicherung wurde gestellt. Wenn ja bitte separates Formular „Befreiung von der Rentenversicherungspflicht“ mit einreichen

Entlohnung

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

Üben Sie weitere Beschäftigungen aus? ja nein

Angaben zu weiteren Beschäftigungen

(bei kurzfristig Beschäftigten auch Vorbeschäftigungen des aktuellen Kalenderjahres)

Zeitraum	Arbeitgeber	Art der Tätigkeit	Wöchentliche Arbeitszeit
von: bis:		<input type="checkbox"/> geringfügig entlohnt <input type="checkbox"/> nicht geringfügig entlohnt <input type="checkbox"/> kurzfristig beschäftigt	
von: bis:		<input type="checkbox"/> geringfügig entlohnt <input type="checkbox"/> nicht geringfügig entlohnt <input type="checkbox"/> kurzfristig beschäftigt	

Ergibt die Zusammenrechnung der

monatlichen Arbeitsentgelte mehr als EUR 556? ja nein

(Hinweis für den Arbeitgeber: Sozialversicherungsrechtliche Beurteilung prüfen)

Angaben zu den Arbeitspapieren

Arbeitsvertrag	<input type="checkbox"/> liegt vor	Bescheinigung der privaten Krankenversicherung	<input type="checkbox"/> liegt vor
Beschein. über LSt.-Abzug/ Beschäftigungstage bei Vorarbeitgebern	<input type="checkbox"/> liegt vor	VWL-Vertrag	<input type="checkbox"/> liegt vor
SV-Ausweis	<input type="checkbox"/> liegt vor	Schul-/Studienbescheinigung	<input type="checkbox"/> liegt vor
Antrag Befreiung RV-Pflicht	<input type="checkbox"/> liegt vor	Schwerbehindertenausweis	<input type="checkbox"/> hat vorgelegen
		Unterlagen Sozialkasse Bau/Maler	<input type="checkbox"/> liegt vor

Erklärung der beschäftigten Person: 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.

Datum

Unterschrift beschäftigte Person

Datum

Bei Minderjährigen Unterschrift
des gesetzlichen Vertreters

Datum

Unterschrift Arbeitgeber