

PERSONALFRAGEBOGEN

Bitte füllen sie diesen Bogen gut lesbar und vollständig aus bzw. kreuzen Sie an

Name: _____

Vorname: _____

Straße/Hausnr.: _____

PLZ/Ort _____

Geburtsname: _____

Geburtsort: _____

Telefon _____

Geburtsdatum: _____ Geschlecht: () männlich () weiblich

Familienstand: () verheiratet () nicht verheiratet () sonstiges

Anzahl Kinder: _____ **wenn Kinder, bitte Nachweis beifügen** z. B. Geburtsurkunde
(auch wenn Sie KEIN Kindergeld mehr beziehen!)

Staatsangehörigkeit: _____

Steuerdaten

Steuerklasse: _____ Zahl der Kinderfreibeträge: _____

Steuer-Identifikationsnr. (ID-Nummer): _____
(NICHT die Steuernummer aus der Steuererklärung!)

Religion lt. Steuerkarte () evangelisch/lutherisch () römisch-katholisch () keine Kirche

Führerschein () ja: Klasse: _____ () nein

Sozialversicherung

Sozialversicherungsnummer: _____
(Sozial- bzw. Rentenversicherungsnummer vom Sozialversicherungsausweis bitte eintragen!)

Name und Anschrift der Krankenkasse: _____

() Ich bin über den Ehepartner/Eltern familienversichert bei der o.g. Krankenkasse

() Ich bin privat versichert bei: _____

NUR FÜR GERINGFÜGIG BESCHÄFTIGTE:

von der Anlage: "Antrag auf Befreiung von der Rentenversicherungspflicht" habe ich Kenntnis genommen.

Verzicht auf Rentenversicherungsbefreiung

() JA wenn ja, UNBEDINGT die Anlage ausfüllen
() NEIN

höchster () - ohne Schulabschluss

Schulabschluss () - Haupt-/Volksschulabschluss

() - Abitur/Fachabitur

() - mittlere Reife oder gleichwertig

höchste () Abschluss einer anerkannten Berufsausbildung

Berufsausbildung () Bachelor

() Diplom/Magister/Master/Staatsexamen

() Meister-/Techniker-oder gleichwertiger Abschluss

() Ohne beruflichen Ausbildungsabschluss

() Promotion

Bankdaten/SEPA

Name der Bank: _____

BIC: _____

IBAN: DE _____

!! Prüfen Sie die Angabe der IBAN!!
DE __ __
2 stellige Prüfziffer es folgt 8-stellige BLZ es folgt 10-stellige Kontonummer

anderer Empfängername: _____

Diese Angaben sind für die Mitarbeiter/in nicht mit Nachteilen verbunden. -

Schwerbehinderung

Sind Sie anerkannte/r Schwerbehinderte/r?/Gleichgestellte/r? () ja () nein

Wenn "Ja" Art und Grad der Behinderung: _____ %

Wenn "Ja" bitte den Schwerbehindertenausweis einreichen!

Leiden Sie an einer Krankheit oder an Beschwerden, die Ihnen die Ausübung
der vorgesehenen Tätigkeit erschweren/unmöglich machen? () ja () nein

Wenn ja: Welche? _____

Üben Sie weitere Beschäftigungen aus? () ja () nein

Zeitraum von: _____ bis: _____

Welche anderen Beschäftigungen üben Sie zur Zeit aus, bzw. haben Sie in den letzten
12 Monaten ausgeübt ? (inkl. Beschäftigungen als "Mini-Job" in der Gleitzone).

1. Arbeitgeber:

Name/Anschrift:		
vom:	bis zum:	Std/Woche:
Tätigkeit als:		

2. Arbeitgeber:

Name/Anschrift:		
vom:	bis zum:	Std/Woche:
Tätigkeit als:		

Beschäftigungen:

Üben Sie zur Zeit eine Nebenbeschäftigung als geringfügige Beschäftigung bzw. als kurzfristige Beschäftigung aus ?

() ja () nein **WENN JA: unbedingt ausfüllen**

1. Arbeitgeber:

Name/Anschrift:		
vom:	bis zum:	Std/Woche:
Tätigkeit als:		

Es handelt sich um eine () geringfügige () kurzfristige Beschäftigung

Weitere Angaben:

Ich bin zum jetzigen Zeitpunkt:

- Altersrentner/Pensionär: Wenn "JA" Rentenbescheid in Kopie beifügen
- Arbeitnehmer
- beim Arbeitsamt als arbeitslos gemeldet
- Beamter
- Bezieher von Witwenrente
- Erwerbsunfähigkeitsrenter
- Hausfrau/mann ohne weitere Beschäftigung
- in Elternzeit von _____ bis _____
- Schüler (Schulbescheinigung !) von _____ bis _____
- Sozialhilfeempfänger
- Student (Immatrikulationsbescheinigung!) von _____ bis _____
- Umschüler (Maßnahme des Arbeitsamtes o. ä.)
- sonstiger Status: _____

Ich versichere die Richtigkeit der vorstehenden Angaben. Mir ist bekannt, daß eine falsche oder unvollständige Beantwortung einzelner Fragen den Betrieb zur einer Anfechtung des Arbeitsvertrages wegen arglistiger Täuschung berechtigen kann, sowie zu erheblichen Nachforderungen von Sozialversicherungsbeiträgen und Lohnsteuerabgaben.

Außerdem verpflichte ich mich, die Aufnahme/Beendigung jeder weiteren Beschäftigung, sowie die Tatsachen, die für die Beurteilung der Versicherungspflicht entscheidend sein könnten, sofort mitzuteilen.

Ort/Datum _____

Unterschrift: _____