

# Personalfragebogen

## für neue Mitarbeiter

Firma:

Name des Mitarbeiters

Personalnummer

Dieser Personalfragebogen dient zur Vorerfassung von Personaldaten für das DATEV-Lohnabrechnungsprogramm. Zur Wahrung der Aufbewahrungsfrist wird der ausgefüllte Personalfragebogen von dem Arbeitgeber / der lohnabrechnenden Stelle gespeichert.

<b>Vom ARBEITGEBER auszufüllen</b>	<b>Vom ARBEITNEHMER auszufüllen</b>
------------------------------------	-------------------------------------

### Persönliche Angaben

Familienname ggf. Geburtsname	Vorname
Straße und Hausnummer inkl. Anschriftenzusatz	PLZ, Ort
Geburtsdatum	Schwerbehindert <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Nein
Versicherungsnummer gem. Sozialvers.Ausweis	<p style="text-align: center;"><b>Aufbau Versicherungsnummer</b></p> <p style="text-align: center;"> <span style="color: red;">Rentenbereichsnummer</span>  <span style="color: red;">12 = Hessen</span> </p> <p style="text-align: center;"> <span style="color: orange;">Erster Buchstabe des Nachnamens</span>  <span style="color: orange;">K</span> </p> <p style="text-align: center;"> <span style="color: purple;">Prüfziffer</span>  <span style="color: purple;">6</span> </p> <p style="text-align: center;"> <span style="color: blue;">Geburtsdatum</span>  <span style="color: blue;">TTMMJJ</span> </p> <p style="text-align: center;"> <span style="color: green;">00 – 49 = männlich</span>  <span style="color: green;">50 – 99 = weiblich</span> </p> <p style="font-size: 2em; text-align: center; font-weight: bold;">12 190367 K 00 6</p>
<p style="text-align: center;">  Geburtsdatum   NN  </p> <p><i>Hinweis:</i> Die Versicherungsnummer ist zwölf-stellig. Bitte kontrollieren Sie, ob es sich bei der von Ihnen eingetragenen Nummer tatsächlich um die Versicherungsnummer handelt. Kontrollieren Sie dies bitte anhand des Geburtsdatums und des ersten Buchstabens des Nachnamens.</p>	
Geburtsort, -land – nur bei fehlender Versicherungs-Nr.	Staatsangehörigkeit
IBAN	BIC

### Beschäftigung

Eintrittsdatum	Berufsbezeichnung																
Üben Sie weitere Beschäftigungen aus? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein																	
Höchster Schulabschluss <input type="checkbox"/> ohne Schulabschluss <input type="checkbox"/> Haupt-/Volksschulabschluss <input type="checkbox"/> Mittlere Reife/gleichwertiger Abschluss <input type="checkbox"/> Abitur/Fachabitur <input type="checkbox"/> Abschluss unbekannt	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 Summe Std <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Vollzeit <input type="checkbox"/> Teilzeit	Verteilung der wöchentlichen Arbeitszeit (Std.) <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <th>Tag</th> <th>Mo</th> <th>Di</th> <th>Mi</th> <th>Do</th> <th>Fr</th> <th>Sa</th> <th>So</th> </tr> <tr> <th>Std.</th> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	Tag	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So	Std.							
Tag	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So										
Std.																	
Urlaubsanspruch im Kalenderjahr: Tage <input type="text"/>																	

# Personalfragebogen

für neue Mitarbeiter

Firma:

Name des Mitarbeiters

Personalnummer



## Befristung

<input type="checkbox"/> Das Arbeitsverhältnis ist befristet / <input type="checkbox"/> zweckbefristet	Befristung Arbeitsvertrag zum:
<input type="checkbox"/> Schriftlicher Abschluss des befristeten Arbeitsvertrages	Abschluss Arbeitsvertrag am:
<input type="checkbox"/> befristete Beschäftigung ist für mindestens 2 Monate vorgesehen, mit Aussicht auf Weiterbeschäftigung	

## Steuer

Steuer-Identifikationsnummer	Steuerklasse/Faktor	Kinderfreibeträge	Konfession
------------------------------	---------------------	-------------------	------------

(Aufbau: 99 999 999 999)

## Sozialversicherung

Gesetzl. Krankenkasse (bei PKV: letzte ges. Krankenkasse)	Elterneigenschaft <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
---	---

## Entlohnung

Bezeichnung	Betrag	Gültig ab	Stundenlohn	Gültig ab

## Bisherige Beschäftigung

<input type="checkbox"/> Es wurde dieses Jahr bisher keine Beschäftigung ausgeführt.		
Wenn eine Beschäftigung ausgeführt worden ist, bitte folgendes ausfüllen:		
<input type="checkbox"/> Beschäftigungstage beim vorigen Arbeitgeber in diesem Jahr:	<b>- ODER -</b>	<input type="checkbox"/> Einreichung der elektronischen Lohnsteuerbescheinigung des vorigen Arbeitgebers ( <b>bitte beifügen</b> )

**Erklärung des Arbeitnehmers:** 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 Arbeitnehmer	_____ Datum	_____ Bei Minderjährigen Unterschrift des gesetzlichen Vertreters
-------------	---------------------------------	-------------	---

_____ Datum	_____ Unterschrift Arbeitgeber
-------------	--------------------------------