

# Personalfragebogen

Pers.Nr.: \_\_\_\_\_

## Angaben zur Person

Name: \_\_\_\_\_  
Geburtsname: \_\_\_\_\_  
Vorname: \_\_\_\_\_  
Geschlecht:  männlich  weiblich  
Eintrittsdatum: \_\_\_\_\_ TT.MM.JJJJ  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ TT.MM.JJJJ  
Geburtsort, -land: \_\_\_\_\_  
Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_  
Rentenvers.-Nr.: \_\_\_\_\_  
ZVK-Arbeitnehmernr. \_\_\_\_\_  
Straße: \_\_\_\_\_  
PLZ/Wohnort: \_\_\_\_\_  
Telefon-Nr.: \_\_\_\_\_  
E-Mail-Adresse: \_\_\_\_\_  
Bankname: \_\_\_\_\_  
Bankleitzahl / BIC: \_\_\_\_\_  
Kontonummer / IBAN: \_\_\_\_\_

Verheiratet:  ja  nein  
Rentenbezieher:  ja  nein  
Student:  ja  nein  
Praktikant:  ja  nein  
Ausgeübte Tätigkeit: \_\_\_\_\_  
Höchster Schulabschluss: \_\_\_\_\_  
Höchster Ausbildungsabschluss: \_\_\_\_\_  
Arbeitnehmerüberlassung:  ja  nein  
Vertragsform:  Vollzeit  Teilzeit  
Arbeitsvertrag ist befristet:  ja  nein  
Wenn ja, befristet bis: \_\_\_\_\_ TT.MM.JJJJ  
Aufenthaltsgenehmigung von: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_  
Arbeitserlaubnis von: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_  
Immatrikulation von: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_  
Schwerbehindert:  ja  nein  
Wenn ja, Behinderungsgrad in %: \_\_\_\_\_

## Angaben zur Steuerpflicht

Steuerklasse: \_\_\_\_\_  
Faktor (nur bei St. Kl. IV): \_\_\_\_\_  
Anzahl Kinderfreibeträge: \_\_\_\_\_

Konfession Arbeitnehmer: \_\_\_\_\_ Ehegatte: \_\_\_\_\_  
Steueridentifikationsnummer (IdNr): \_\_\_\_\_  
Freibetrag monatl.: \_\_\_\_\_ jährl.: \_\_\_\_\_  
Hinzurechnungsbetrag monatl.: \_\_\_\_\_ jährl.: \_\_\_\_\_

## Angaben zur Sozialversicherungspflicht

Krankenkasse: \_\_\_\_\_  
 pflichtversichert  
 freiwillig versichert  $\Rightarrow$   Selbstzahler  Firmenzahler  
 privat versichert  $\Rightarrow$   Selbstzahler  Firmenzahler  
AG-Zuschuss private KV: \_\_\_\_\_ € PV: \_\_\_\_\_ €  
Gesamtbeitrag private KV: \_\_\_\_\_ € PV: \_\_\_\_\_ €  
Basisabsicherung private KV: \_\_\_\_\_ € PV: \_\_\_\_\_ €

Statuskennzeichen:  Ehegatte, Lebenspartner, Abkömmling  Geschäftsf. Gesellschafter

### Angaben zur Rentenversicherung:

- es besteht Beitragspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung  
 es besteht Beitragspflicht bei nachstehendem berufsständischen Versorgungswerk:

\_\_\_\_\_ Mitgliedsnr.: \_\_\_\_\_ HV-Beitrag: \_\_\_\_\_ €

### Angaben zur Pflegeversicherung (PV-Zuschlag):

Elterneigenschaft liegt vor:  ja (lt. beigefügtem Geburtsnachweis)  nein

### Angaben zur Entlohnung und zur Arbeitszeit

<input type="checkbox"/> Lohn   Gehalt	in Höhe von:	_____ €	<input type="checkbox"/> brutto	<input type="checkbox"/> netto
<input type="checkbox"/> Stundenlohn	in Höhe von:	_____ €	<input type="checkbox"/> pro Std. brutto	<input type="checkbox"/> pro Std. netto
<input type="checkbox"/> Sonderzahlung	in Höhe von:	_____ €	<input type="checkbox"/> brutto	<input type="checkbox"/> netto
<input type="checkbox"/> Sonstige:	_____	in Höhe von: _____ €	Auszahlung in Monat: _____	
			<input type="checkbox"/> monatl.	<input type="checkbox"/> jährl.
			<input type="checkbox"/> brutto	<input type="checkbox"/> netto

### Vereinbarte Arbeitszeit:

Das Arbeitsentgelt wird erzielt in	monatlich:	_____ Std.	Urlaubsanspruch:	Anspruch im lfd. Jahr: _____ Tage
bzw.	wöchentlich:	_____ Std.	Jährl. Urlaubsanspruch:	_____ Tage

### Angaben zu Vermögenswirksamen Leistungen (VWL)

 kein Vertrag

VWL AG-Anteil in Höhe von:	_____ €	Vertragsnummer:	_____
Bausparinstitut:	_____	Spar-/Überweisungsbetrag:	_____ €
Bankleitzahl:	_____	Beginn der Zahlung:	_____ TT.MM.JJJJ
Kontonummer:	_____		

### Angaben zu Altersvorsorgeverträgen

 kein Vertrag

<input type="checkbox"/> Direktversicherung	<input type="checkbox"/> Pensionskasse	<input type="checkbox"/> Pensionsfond	<input type="checkbox"/> Direktzusage	<input type="checkbox"/> Unterstützungskasse	
Arbeitgeberanteil:	_____ €	<input type="checkbox"/> monatl.	<input type="checkbox"/> viertelj.	<input type="checkbox"/> halbj.	<input type="checkbox"/> jährl.
Arbeitnehmeranteil (Entgeltumw.):	_____ €	<input type="checkbox"/> monatl.	<input type="checkbox"/> viertelj.	<input type="checkbox"/> halbj.	<input type="checkbox"/> jährl.
Versicherer:	_____	Vertragsnummer:	_____		
Bankleitzahl:	_____	Versorgungsbeginn:	_____ TT.MM.JJJJ		
Kontonummer:	_____	Beginn der Zahlung:	_____ TT.MM.JJJJ		

### Angaben zu bestehenden Daueraufträgen und Pfändungen

 keine

<input type="checkbox"/> Dauerauftrag	<input type="checkbox"/> Pfändung	<input type="checkbox"/> Unterhaltspfändung
Betrag:	_____ €	Gesamtbetrag der Pfändung: _____ €
Empfänger:	_____	Empfänger: _____
Bankname:	_____	Bankname: _____
Bankleitzahl:	_____	Bankleitzahl: _____
Kontonummer:	_____	Kontonummer: _____
Verwendungszweck:	_____	Aktenzeichen: _____
Zahlungsintervall:	<input type="checkbox"/> monatl. <input type="checkbox"/> viertelj.	Eingangsdatum: _____ TT.MM.JJJJ
	<input type="checkbox"/> halbj. <input type="checkbox"/> jährl.	Anzahl unterhaltspf. Personen: _____
		Festbetrag bei Unterhaltspfändung: _____ €

## Angaben zu weiteren beitragspflichtigen Einnahmen (Mehrfachbezieher)

keine

Arbeitnehmer bezieht daneben folgende beitragspflichtige Einnahmen, die den Arbeitgeber ab 01.01.2012

zur Abgabe einer GKV Monatsmeldung verpflichten:

- Einkünfte aus einer weiteren Beschäftigung (Mehrfachbeschäftigung)
- Gesetzliche Rente
- Versorgungsbezug (Firmenrente)
- Arbeitslosengeld nach SGB II oder SGB III

---

### Beigefügte Unterlagen des Arbeitnehmers

Steuerkarte   Ersatzbescheinigung	<input type="checkbox"/> Original	<input type="checkbox"/> Kopie
VWL-Vertrag	<input type="checkbox"/> Original	<input type="checkbox"/> Kopie
Altersvorsorge-Vertrag	<input type="checkbox"/> Original	<input type="checkbox"/> Kopie
Pfändungsverfügung	<input type="checkbox"/> Original	<input type="checkbox"/> Kopie
Geburtsnachweis Kind	<input type="checkbox"/> Original	<input type="checkbox"/> Kopie
Mitgliedsbescheinigung Krankenkasse	<input type="checkbox"/> Original	<input type="checkbox"/> Kopie
Bescheinigung 1. Dienstverhältnis (Auszubildende 2012)	<input type="checkbox"/> Original	<input type="checkbox"/> Kopie
Sonstige: _____	<input type="checkbox"/> Original	<input type="checkbox"/> Kopie

---

### Sonstige Angaben

---

---

---

---

---

---

### Bestätigung des Arbeitnehmers

Hiermit versichere ich, die Angaben wahrheitsgemäß gemacht zu haben. Jede Änderung werde ich meinem Arbeitgeber unverzüglich mitteilen.

\_\_\_\_\_  
(Datum | Unterschrift)

### Bestätigung des Arbeitgebers

\_\_\_\_\_  
(Sachbearbeiter)

\_\_\_\_\_  
(Datum | Firmenstempel)