

Personalfragebogen (SOFORTMELDUNG)

sozialversicherungspflichtige Beschäftigung

Arbeitgeber: _____

Beschäftigung

<input type="checkbox"/> Hauptbeschäftigung (1. Arbeitgeber)	<input type="checkbox"/> Nebenbeschäftigung (weiterer Arbeitgeber)
Eintrittsdatum	Eingestellt als: (genaue Tätigkeit)

Persönliche Angaben

Familienname	Vorname
Straße und Hausnummer	PLZ, Ort
Geburtsdatum	Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
Geburtsort	Geburtsland
Geburtsname	Staatsangehörigkeit
IBAN: (Kontonummer): <input type="checkbox"/> Barzahlung	BIC: (Bankleitzahl):
Bank	

Status bei Beginn der Beschäftigung

<input type="checkbox"/> Arbeitnehmer/in	<input type="checkbox"/> Beamtin/Beamter	<input type="checkbox"/> Schulentlassene/r	<input type="checkbox"/> ALG-/Sozialhilfeempfänger/in
<input type="checkbox"/> Arbeitnehmer/in 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:	<input type="checkbox"/> Rentner (Art der Rente angeben):		

Steuer

Identifikationsnr.	Finanzamt	Kinderfreibeträge
Steuerklasse/Faktor	Konfession	

Sozialversicherung

Krankenversicherung <input type="checkbox"/> Gesetzlich <input type="checkbox"/> Privat > Nachweis einreichen!	Name Krankenkasse/ Priv. Versicherung
Sozialversicherungsnummer :	
Elterneigenschaft (z.B. Kind/Adoptivkind/Pflegekind): <input type="checkbox"/> ja > Nachweis einreichen! <input type="checkbox"/> nein	

Üben Sie weitere Beschäftigungen aus?

ja

nein

Angaben zu weiteren Beschäftigungen

(bei kurzfristig Beschäftigten auch zu Vorbeschäftigungen aus dem Vorjahr)

Zeitraum	Arbeitgeber	Art der Tätigkeit	Wöchentliche Arbeitszeit
von: bis:		<input type="checkbox"/> geringfügig entlohnt (bis 450,- €) > _____ €/mtl. <input type="checkbox"/> sozialversicherungspflichtig <input type="checkbox"/> kurzfristig beschäftigt (3 Monate o. 70 Tage/Jahr)	
von: bis:		<input type="checkbox"/> geringfügig entlohnt (bis 450,- €) > _____ €/mtl. <input type="checkbox"/> sozialversicherungspflichtig <input type="checkbox"/> kurzfristig beschäftigt (3 Monate o. 70 Tage/ Jahr)	

Angaben zu steuerpflichtigen Vorbeschäftigungszeiten im laufenden Kalenderjahr

Zeitraum von	Zeitraum bis	Art der Beschäftigung

Bitte folgende Unterlagen einreichen:

- Mitgliedsbescheinigung der Krankenkasse
- Kopie des Sozialversicherungsausweises
- Arbeitserlaubnis (nur bei ausländischen Arbeitnehmern)
- Nachweis Elterneigenschaft (z.B. Geburtsurkunde, Adoptionsurkunde etc.)
- ggf. Schul-/Studienbescheinigung

Erklärung zum Verzicht auf die Reduzierung des Arbeitnehmerbeitrags bei einem Entgelt innerhalb der Gleitzone (450,01 – 850,00 €)

Ich wurde von meinem Arbeitgeber darüber informiert, dass sich der Arbeitnehmerbeitrag zur Sozialversicherung aus meinem Arbeitsentgelt gemäß der Regelung über die sog. Gleitzone reduzieren würde. Hierdurch reduzieren sich u. U. meine zukünftigen Rentenansprüche.

Ich erkläre, dass der Beitragsberechnung als beitragspflichtige Einnahme das tatsächliche Arbeitsentgelt nicht zugrunde gelegt werden soll.

Ich erkläre, dass der Beitragsberechnung als beitragspflichtige Einnahme das tatsächliche Arbeitsentgelt zugrunde gelegt werden soll.

Erklärung zu Einmalzahlungen:

Hiermit verzichte ich unwiderruflich auf die Zahlung jeglicher Einmalzahlungen (Urlaubsgeld, Weihnachtsgeld, etc.). Dies gilt selbst dann, wenn diese aufgrund eines Tarifvertrages oder einer Betriebsvereinbarung oder sonstiger Vereinbarungen zu zahlen wären. Freiwillige Einmalzahlungen durch meinen Arbeitgeber bleiben hiervon unberührt. Vereinbarungen im Arbeitsvertrag haben gegenüber dieser Vorrang.

Ich versichere, die vorstehenden Angaben wahrheitsgemäß beantwortet zu haben.

Es ist mir bekannt, dass sie zur versicherungsrechtlichen Beurteilung dienen.

Ich bin darüber aufgeklärt worden, dass bei Verschweigen von Angaben oder bei Falschangaben ich finanziell haftbar gemacht werden kann, auch für den daraus folgenden Verwaltungsmehraufwand.

Ich verpflichte mich, jede Änderung unverzüglich meinem Arbeitgeber mitzuteilen.

Datum

Unterschrift Arbeitnehmer

Datum

Unterschrift Arbeitgeber