



Personalfragebogen zur versicherungsrechtlichen/ lohnsteuerrechtlichen Beurteilung bei Neueinstellung von Mitarbeitern

Name, Vorname	Geburtsdatum	Sozialversicherungsnummer
Geburtsort, Geburtsland	Geburtsname (falls keine RV-Nummer angegeben werden kann)	
Straße und Hausnummer, PLZ und Wohnort		Staatsangehörigkeit ***

*** Wichtiger Hinweis für den Arbeitgeber bei Einstellung ausländischer Arbeitnehmer:
Liegt eine gültige Arbeitserlaubnis vor? Wenn nicht, ist diese VOR Aufnahme der Beschäftigung zu beantragen!

- Angestellter (Sozialversicherungspflichtige Beschäftigung)
- Auszubildende/r
- Student Duales Studium: ja nein
- geringfügige Beschäftigung kurzfristige Beschäftigung (bitte zusätzlich gesondertes Formular ausfüllen)
- Praktikant (bitte zusätzlich gesondertes Formular ausfüllen)
- Gesellschafter/Geschäftsführer ja (falls ja, bitte Verträge einreichen) nein AN ist freiwillig rentenversichert
- Ehegatte/Abkömmling ja nein
- Rentner
- Schwerbehinderte – Grad der Behinderung _____ %

Familienstand: _____ Kinder: ja (falls ja, bitte Nachweis der Elterneigenschaft einreichen) nein

Geschlecht: männlich weiblich

Höchster Schulabschluss:

- ohne Schulabschluss
 Haupt-/Volksschulabschluss
 Mittlere Reife/gleichwertiger Abschluss
 Abitur/Fachabitur

Höchste Berufsausbildung:

- ohne beruflichen Ausbildungsabschluss
 anerkannte Berufsausbildung
 Meister/Techniker/gleichwertiger Fachschulabschluss
 Bachelor
 Diplom/Magister/Master/Staatsexamen
 Promotion

Steuer-Angaben gemäß des ELSTAM-Verfahrens im Jahr 2017

Hauptarbeitgeber Nebenarbeitgeber Identifikationsnummer _____

Steuerklasse _____ Kinderfreibeträge _____ Konfession _____

Sozialversicherung (Kranken- und Pflegeversicherung)

Gesetzliche Krankenversicherung

bei: _____ freiwillig pflichtversichert

Privatversicherung bei: _____ mitversichert selbst
(bitte Nachweis der privaten KK über die zu zahlenden Gesamtversicherungsbeträge sowie über die Basisbeiträge einreichen)

Bankverbindung des Arbeitnehmers (falls der Betrag überwiesen werden soll)

Kreditinstitut: _____

IBAN: _____

BIC: _____

Abweichender Kto.-Inhaber: _____

Angaben zur Beschäftigung

Hauptbeschäftigung

Nebenbeschäftigung

Ausübte Tätigkeit: _____

Eintrittsdatum: _____

Wöchentliche Arbeitszeit insgesamt (Std.): _____ Arbeitsverhältnis befristet bis: ja bis: _____

an folgenden Tagen

Mo Di Mi Do Fr Sa So

nein

Vollzeit Teilzeit

Schriftlicher Abschluss des befristeten Vertrags: ja nein

Abschluss des befristeten Arbeitsvertrags am: _____

Vereinbarte wöchentliche Arbeitszeit einer Vollzeitkraft: ____

Ausbildungsbeginn: _____ Voraussichtliches Ausbildungsende: _____

Kostenstellenaufteilung: ja nein Wenn ja, bitte Angabe der Kostenstellen-Nr.: _____

Berufsgenossenschaft: _____ Mitglieds- Nr.: _____ Gefahrentarif/ Strukturschlüssel: _____
(Diese Angaben sind bitte dem Bescheid der Berufsgenossenschaft zu entnehmen)

Weitere Beschäftigungen? ja nein

Firma _____ in _____ seit _____ Std./Wo _____ EURO/Monat _____

Firma _____ in _____ seit _____ Std./Wo _____ EURO/Monat _____

Firma _____ in _____ seit _____ Std./Wo _____ EURO/Monat _____

Sozialversicherungspflichtige Beschäftigung Geringfügige Beschäftigung Kurzfristige Beschäftigung

Laufende Bezüge / Mindestlohn:

Bruttogehalt: _____ Stundenlohn: _____
(Mindestlohn € 8,84)

Bei Entgelten zwischen EUR 450,01 und EUR 850,00 beachten:

Ich bin vom Arbeitgeber durch Merkblatt informiert worden, dass ich die Möglichkeit habe, in der Gleitzone auf ermäßigte Arbeitnehmerbeiträge zur Rentenversicherung zu verzichten. ja

Ich möchte auf die Reduzierung des beitragspflichtigen Arbeitsentgeltes verzichten und zahle den vollen Arbeitnehmerbeitrag zur Rentenversicherung. (Diese Erklärung kann für alle Beschäftigungen nur einheitlich abgegeben werden)
 ja nein

Vermögenswirksame Leistungen : Vertrag: liegt bei wird nachgereicht

Arbeitgeber-Anteil VWL

ja, in Höhe von EUR _____

nein

Direktversicherung:

ja nein Vertrag: liegt bei wird nachgereicht

wenn ja, als Gehaltsverzicht
oder

wenn ja, zusätzlich zum Bruttogehalt

Fahrkostenersatz:

- Steuerpflichtig, wenn der Arbeitnehmer öffentliche Verkehrsmittel benutzt (bitte Kopie einer Fahrkarte einreichen) in Höhe von EUR _____
Die Lohnsteuer wird mit 15 % pauschaliert - dadurch entsteht Beitragsfreiheit in der Sozialversicherung
- Steuerpflichtig, wenn der Arbeitnehmer keine öffentlichen Verkehrsmittel sondern andere Fahrzeuge benutzt, z.B. eigenen PKW, Motorrad, Moped, Taxi
Die Lohnsteuer kann bis zur Höhe der Entfernungspauschale mit 15 % pauschaliert werden - dadurch entsteht Beitragsfreiheit in der Sozialversicherung
Entfernungskilometer einfach (Wohnung-Arbeitsstätte) ____ km (EUR 0,30 je km/einfache Entfernung - i.d.R. 15 Tage p. M.)
Pauschalierung in Höhe von EUR _____
Die Erstattung höherer Beträge führt zu steuer- und beitragspflichtigem Entgelt beim Arbeitnehmer

PKW-Nutzungs-Ermittlung:

- nach 1%-Methode (Bescheinigung über den Brutto-Listenpreis zum Zeitpunkt der Erstzulassung des PKW beifügen) Entfernungskilometer (Wohnung-Arbeitsstätte) _____ km
- nach einem laufend ordnungsgemäß geführten Fahrtenbuch

Einmalbezüge:

- Urlaubsgeld in Höhe von _____ Auszahlungsmonat: _____
- Weihnachtsgeld in Höhe von _____ Auszahlungsmonat: _____
- Sonstige in Höhe von _____ Auszahlungsmonat: _____

Bezeichnung des Einmalbezugs: _____

Liegen Lohn- und Gehaltspfändungen vor: ja (falls ja, bitte Unterlagen einreichen) nein

Erforderliche Personalunterlagen:

Folgende Unterlagen liegen bei:

- Sozialversicherungsausweis
- Krankenkassenmitgliedsbescheinigung
- Vertrag Vermögenswirksame Leistungen
- Arbeitsvertrag
- Vertrag Betriebliche Altersversorgung
- Studienbescheinigung
- Nachweis Elterneigenschaft

Folgende Unterlagen werden nachgereicht:

- Sozialversicherungsausweis
- Krankenkassenmitgliedsbescheinigung
- Vertrag Vermögenswirksame Leistungen
- Arbeitsvertrag
- Vertrag Betriebliche Altersversorgung
- Studienbescheinigung
- Nachweis Elterneigenschaft

Ich versichere, diese Angaben wahrheitsgemäß gemacht zu haben. Jede Änderung werde ich unverzüglich mitteilen. Bei unwahren Angaben oder Verletzungen meiner Anzeigepflicht erkläre ich mich bereit, die vom Sozialversicherungsträger/Finanzamt nachgeforderten Beträge zu erstatten.

Ort, Datum

Unterschrift Mitarbeiter

Ort, Datum

Unterschrift Arbeitgeber