

Arbeitgeber \_\_\_\_\_

## Personaldaten - Arbeitnehmer

### Mitarbeitername / Eintrittsdatum / Tätigkeit

\_\_\_\_\_  
Familienname

\_\_\_\_\_  
Vorname

\_\_\_\_\_  
Beschäftigungsbeginn

\_\_\_\_\_  
Vertragsform

vereinbarte regelmäßige  
wöchentliche Arbeitszeit

Mo

Di

Mi

Do

Fr

Sa

So

\_\_\_\_\_  
Ausgeübte Tätigkeit

### Adressdaten

\_\_\_\_\_  
Straße

\_\_\_\_\_  
Hausnummer

\_\_\_\_\_  
PLZ

\_\_\_\_\_  
Ort

### Kommunikation

\_\_\_\_\_  
Telefon

\_\_\_\_\_  
Handy

\_\_\_\_\_  
E-Mail

### Geburtsdaten

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Geburtsort

\_\_\_\_\_  
Geburtsname

männlich

weiblich

\_\_\_\_\_  
Geburtsland

### Sonstige Daten

verheiratet

\_\_\_\_\_  
Staatsangehörigkeit

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Sozialversicherungsnummer

### Bankverbindung

IBAN

LKZ

Prüfz.

BLZ

Konto

D E

\_\_\_\_\_  
BIC

\_\_\_\_\_  
Name der Bank

### Ausbildung

\_\_\_\_\_  
Höchster Schulabschluss

\_\_\_\_\_  
Höchster Ausbildungsabschluss

## Arbeitgeber

### Steuer

Finanzamt

Konfession

Steuerklasse

Anzahl Kinderfreibeträge

Identifikationsnummer

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

### Krankenversicherung

Krankenversicherung

Name und Ort der Krankenkasse

Wenn privat versichert, Name und Ort der letzten gesetzlichen Krankenkasse

### Pflegeversicherung (Beitragszuschlag für Kinderlose)

Auf meiner Lohnsteuerkarte ist kein Kinderfreibetrag eingetragen, ich erfülle aber die Elterneigenschaft.

ja

nein

### Vermögenswirksame Leistungen

Vertragsart

VL-Vertragsnummer

monatlicher Sparbetrag

VL-Bankbezeichnung

VL-Institut

VL-IBAN

LKZ

Prüfz.

BLZ

Konto

D E

VL-BIC

### Vorarbeitgeber

Wenn das Arbeitsverhältnis nicht zum 01.01. beginnt, Zahl der Beschäftigungstage bei Vorarbeitgebern im aktuellen Kalenderjahr (voller Monat = 30 Tage)

### Besonderheiten

- Ich habe weitere sozialversicherungspflichtige Beschäftigungsverhältnisse. (Bitte reichen Sie eine Kopie der letzten Lohnabrechnung ein.)
- Ich besitze nur eine befristete Arbeitserlaubnis. (Bitte reichen Sie eine Kopie der Arbeitserlaubnis ein.)
- Ich besitze nur eine befristete Aufenthaltserlaubnis. (Bitte reichen Sie eine Kopie der Aufenthaltserlaubnis ein.)
- Ich bin Student. (Bitte reichen Sie eine Kopie der aktuellen Immatrikulationsbescheinigung ein.)
- Ich bin Diplomand oder Praktikant. (Bitte reichen Sie eine Kopie der Prüfungs- oder Studienordnung ein.)
- Ich bin schwerbehindert. (Bitte reichen Sie eine Kopie des Schwerbehindertenausweises ein.)
- Ich bin freiwillig krankenversichert und zahle meine Beiträge selbst (Selbstzahler).
- Ich bin nicht rentenversicherungspflichtig. (Bitte reichen Sie eine Kopie des Bescheides des Rentenversicherungsträgers ein.)
- Ich bin Mitglied in einem Versorgungswerk. (Bitte reichen Sie einen Nachweis in Kopie ein.)

## Arbeitgeber

- Ich bin Rentner und beziehe folgende Rente \_\_\_\_\_  
Meine Regelsaltersgrenze erreiche ich / habe ich erreicht am: 01. \_\_\_\_\_
- Ich bin Ehegatte oder eingetragener Lebenspartner des Arbeitgebers.
- Ich bin geschäftsführender Gesellschafter der GmbH.
- Ich bin Abkömmling (z.B. Kind oder Enkel) des Arbeitgebers.
- Ich besitze mehr als einen Vertrag über vermögenswirksame Leistungen. (Bitte reichen Sie Kopien der weiteren Verträge ein.)
- Ich besitze eine betriebliche Altersvorsorge. (Bitte reichen Sie Kopien der Verträge ein.)

Weitere Besonderheiten oder Anmerkungen

## Elektronische Bescheinigungen

- Ich widerspreche der elektronischen Übermittlung von Arbeits- und Nebeneinkommensbescheinigungen an die Bundesagentur für Arbeit.

## Checkliste der eingereichten Unterlagen (KEINE Originale)

- |                                                                                                                                              |                                                                             |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Mitgliedsbescheinigung der gesetzlichen/freiwilligen Krankenkasse                                                   | <input type="checkbox"/> Elternnachweis (z. B. Geburtsurkunde eines Kindes) |
| <input type="checkbox"/> Bescheinigung der privaten Krankenkasse zur Erlangung des Arbeitgeberzuschusses zur Kranken- und Pflegeversicherung | <input type="checkbox"/> Vertrag über vermögenswirksame Leistungen          |
| <input type="checkbox"/> Schwerbehindertenausweis                                                                                            | <input type="checkbox"/> Vertrag über betriebliche Altersvorsorge           |

## Erklärung und Unterschrift

**Ich versichere, dass die vorstehenden Angaben der Wahrheit entsprechen und vollständig sind. Ich verpflichte mich, meinem Arbeitgeber alle Änderungen, insbesondere in Bezug auf weitere Beschäftigungen (Art, Dauer und Entgelt) unverzüglich mitzuteilen.**

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Arbeitnehmers

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Arbeitgebers

*Hinweis: Das ausgefüllte Formular kann gespeichert werden. Achten Sie dabei auf den Datenschutz.*