

# Fragebogen bei Neueinstellung von Mitarbeitern (über € 538,00)

Wichtig: Eine Lohnabrechnung erfolgt nur, wenn der Personalstammdatenbogen **VOLLSTÄNDIG** ausgefüllt ist.

Mandant		Bearbeiter		
Name, Vorname		Geburtsdatum		
Geburtsort und Geburtsland		Geburtsname		
Straße, Hausnummer und PLZ, Wohnort		Staatsangehörigkeit		
Familienstand	Anzahl Kinder	Religion	Steuerklasse	Kinderfreibetrag lt. LSt-Karte
Geschlecht: <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers				
Rentenversicherungsnummer (12-stellig)		Steuer-Identifikationsnummer (11-stellig)		
<input type="checkbox"/> Angestellte/r bzw. Arbeiter/in		<input type="checkbox"/> Student		
<input type="checkbox"/> Auszubildende/r		<input type="checkbox"/> Schüler		
<input type="checkbox"/> Altersrentner/in		<input type="checkbox"/> Bezieher einer Teil- / Voll- / Erwerbsminderungsrente		
<input type="checkbox"/> Schwerbehinderung – Grad der Behinderung ____ %				
Höchster Schulabschluss		Höchste Berufsausbildung		
<input type="checkbox"/> ohne Schulabschluss		<input type="checkbox"/> ohne beruflichen Ausbildungsabschluss		
<input type="checkbox"/> Haupt-/Volksschulabschluss		<input type="checkbox"/> Abschluss anerkannte Berufsausbildung		
<input type="checkbox"/> Mittlere Reife/gleichwertiger Abschluss		<input type="checkbox"/> Meister/Techniker/gleichwertiger Fachschulabschluss		
<input type="checkbox"/> Abitur/Fachabitur		<input type="checkbox"/> Bachelor		
<input type="checkbox"/> Abschluss unbekannt		<input type="checkbox"/> Diplom / Magister / Master / Staatsexamen		
		<input type="checkbox"/> Promotion		
		<input type="checkbox"/> Abschluss unbekannt		
<b>Sozialversicherung:</b>				
Gesetzliche Krankenversicherung bei: _____		<input type="checkbox"/> freiwillig		<input type="checkbox"/> pflichtversichert
Privatversicherung bei: _____		<input type="checkbox"/> mitversichert		<input type="checkbox"/> selbst
Versorgungswerk bei: _____		Mitgliedsnummer Versorgungswerk: _____		
<b>Angaben zu Kindern:</b> (Vorname / Familienname)				
Kind 1:	_____	Geburtsdatum:	_____	
Kind 2:	_____	Geburtsdatum:	_____	
Kind 3:	_____	Geburtsdatum:	_____	
Kind 4:	_____	Geburtsdatum:	_____	
Kind 5:	_____	Geburtsdatum:	_____	
Für weitere Kinder bitte Zusatzblatt beifügen.				

**Bankverbindung:**

Kreditinstitut: \_\_\_\_\_  
Abweichender Kontoinhaber: \_\_\_\_\_  
IBAN: \_\_\_\_\_  
BIC: \_\_\_\_\_

**Angaben zur Beschäftigung:**

Ausgeübte Tätigkeit: \_\_\_\_\_ Eintrittsdatum: \_\_\_\_\_

Arbeitsverhältnis befristet:  ja, bis: \_\_\_\_\_  nein

Gehalt: \_\_\_\_\_ Stundenlohn: \_\_\_\_\_

Wöchentliche Arbeitszeit insgesamt: \_\_\_\_\_ (Stunden)

Arbeitszeiten an folgenden Tagen und Stundenanzahl bitte eintragen:

<input type="checkbox"/> Mo	<input type="checkbox"/> Di	<input type="checkbox"/> Mi	<input type="checkbox"/> Do	<input type="checkbox"/> Fr	<input type="checkbox"/> Sa	<input type="checkbox"/> So
Std. _____	Std. _____	Std. _____	Std. _____	Std. _____	Std. _____	Std. _____

**Berufserfahrung:**

(bitte angeben bei Gehaltszahlung nach Tarifvertrag)

insgesamt: \_\_\_\_\_ Jahre davon: \_\_\_\_\_ Jahre / Monate

Elternzeit: \_\_\_\_\_

Ende der Berufsausbildung: \_\_\_\_\_ andere nicht beschäftigte Zeiträume: \_\_\_\_\_

**Vorbeschäftigungen im laufenden Kalenderjahr:**

Von: \_\_\_\_\_ Bis: \_\_\_\_\_

Von: \_\_\_\_\_ Bis: \_\_\_\_\_

**Weitere Beschäftigungen?**  ja  nein

Firma \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_ seit \_\_\_\_\_ Std./Wo \_\_\_\_\_ EUR/Monat \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_ seit \_\_\_\_\_ Std./Wo \_\_\_\_\_ EUR/Monat \_\_\_\_\_

**Folgende für Sie zutreffende Unterlagen sind beizufügen:**

- |                                                               |                                                                       |
|---------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Vertrag Vermögenswirksame Leistungen | <input type="checkbox"/> Vertrag zur betrieblichen Altersvorsorge     |
| <input type="checkbox"/> Befreiungsbescheid der DRV           | <input type="checkbox"/> Mitgliedbescheinigung Versorgungswerk        |
| <input type="checkbox"/> Kopie Behindertenausweis             | <input type="checkbox"/> Schulbescheinigung bzw. Studienbescheinigung |

**Erklärung des Arbeitnehmers:**

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.  
Ich bin unterrichtet, dass dieser Fragebogen zur Erstellung der Gehaltsabrechnung an die Kanzlei Heinrichs Rose & Kollegen, Johann-Krane-Weg 6, 48149 Münster, die entsprechend den berufsrechtlichen Vorschriften für Wirtschaftsprüfer und Steuerberater die datenschutzrechtlichen Vorschriften beachtet, weitergeleitet wird.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Mitarbeiter bzw. Erziehungsberechtigter

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Arbeitgeber