

Name des Mitarbeiters

Personalnummer

Persönliche Angaben

Familienname	Vorname
Straße, Hausnummer	PLZ, Ort
Geburtsdatum	Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
Sozialversicherungsnummer	Geburtsname
Familienstand	Schwerbehindert <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Staatsangehörigkeit	Geburtsort, -land
IBAN	BIC

Beschäftigung

Eintrittsdatum	Kostenstelle	Ausgeübte Tätigkeit
Beginn der Ausbildung	Ende der Ausbildung	Probezeit: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Dauer der Probezeit: _____
Üben Sie weitere Beschäftigungen aus? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Handelt es sich hierbei um eine geringfügige Beschäftigung? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Sind Sie selbständig oder gewerblich tätig? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Wenn ja? Wöchentlicher Zeitaufwand _____ Stunden		Branche: _____
Höchster Schulabschluss	<input type="checkbox"/> ohne Schulabschluss <input type="checkbox"/> Haupt-/Volksschulabschluss <input type="checkbox"/> Mittlere Reife/gleichwertiger Abschluss <input type="checkbox"/> Abitur/Fachabitur	Höchste Berufsausbildung <input type="checkbox"/> ohne beruflichen Ausbildungsabschluss <input type="checkbox"/> Anerkannte Berufsausbildung <input type="checkbox"/> Meister/Techniker/gleichwertiger Fachschulabschluss <input type="checkbox"/> Bachelor <input type="checkbox"/> Diplom/Magister/Master/Staatsexamen <input type="checkbox"/> Promotion
Wöchentliche Arbeitszeit: <input type="checkbox"/> Vollzeit <input type="checkbox"/> Teilzeit	Ggf. Verteilung der wöchentlichen Arbeitszeit (Std.) Mo Di Mi Do Fr Sa So	Urlaubsanspruch (Kalenderjahr)

Befristung

<input type="checkbox"/> Das Ausbildungsverhältnis ist befristet	Befristung Ausbildungsvertrag zum:
<input type="checkbox"/> Schriftlicher Abschluss des befristeten Ausbildungsvertrages	Abschluss Ausbildungsvertrag am:
<input type="checkbox"/> Ausbildung ist mit Aussicht auf Weiterbeschäftigung nach erfolgreich abgelegter Abschlussprüfung	

Steuer

Identifikationsnummer	Steuerklasse/Faktor	Kinderfreibeträge	Konfession
-----------------------	---------------------	-------------------	------------

Name des Mitarbeiters

Personalnummer

Sozialversicherung

Gesetzliche Krankenkasse	Elterneigenschaft <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Bitte Kopie Geburtsurkunde Kind beifügen.
--------------------------	--

Ausbildungsvergütung

1. Ausbildungsjahr	Betrag	Gültig ab	Stundenlohn	Gültig ab
2. Ausbildungsjahr	Betrag	Gültig ab	Stundenlohn	Gültig ab
3. Ausbildungsjahr	Betrag	Gültig ab	Stundenlohn	Gültig ab

VWL - nur notwendig, wenn Vertrag vorliegt

Empfänger VWL	Betrag	AG-Anteil (Höhe mtl.)
	Seit wann	Vertragsnummer
IBAN	BIC	

Bescheinigungen elektronisch annehmen (Bea)

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

Angaben zu den Arbeitspapieren

Ausbildungsvertrag	<input type="checkbox"/> liegt vor
Bescheinigung über LSt.-Abzug	<input type="checkbox"/> liegt vor
SV-Ausweis	<input type="checkbox"/> liegt vor
Mitgliedsbescheinigung Krankenkasse	<input type="checkbox"/> liegt vor
VWL Vertrag	<input type="checkbox"/> liegt vor
Nachweis Elterneigenschaft	<input type="checkbox"/> liegt vor
Vertrag Betriebliche Altersversorgung	<input type="checkbox"/> liegt vor
Schwerbehindertenausweis	<input type="checkbox"/> liegt vor

Angaben zu steuerpflichtigen Vorbeschäftigungszeiten im laufenden Kalenderjahr

Zeitraum von	Zeitraum bis	Art der Beschäftigung	Anzahl der Beschäftigungstage

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

Datum	Unterschrift Arbeitnehmer	Datum	Bei Minderjährigen Unterschrift des gesetzlichen Vertreters
Datum	Unterschrift Arbeitgeber		