



Firma:

Name der beschäftigten Person

Personalnummer

Dieser Personalfragebogen dient zur Vorerfassung von Personaldaten für das DATEV-Lohnabrechnungsprogramm. Zur Wahrung der Aufbewahrungsfrist wird der ausgefüllte Personalfragebogen von dem Arbeitgeber / der lohnabrechnenden Stelle gespeichert.

### Persönliche Angaben

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
| Familiennamen                                    |  | Vorname  |  |
| Ggf. Geburtsname                                 |  | Geburtsdatum   |  |
| Straße und Hausnummer<br>inkl. Anschriftenzusatz |  | PLZ, Ort   |  |
| Versicherungsnummer<br>gem. Sozialvers.Ausweis   |  | Geschlecht<br><input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> unbestimmt<br><input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers |  |
| Geburtsort                                       |  | Geburtsland  |  |
| Staatsangehörigkeit                              |  | Arbeitnehmernummer<br>Sozialkasse – Bau  |  |
| Schwerbehindert<br>Bitte Nachweis einreichen!    |  | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein  |  |
| IBAN   |  | BIC  |  |

### Beschäftigung

|   |  |   |  |  |  |
|---|--|---|--|--|--|
| Eintrittsdatum  |  | Ersteintrittsdatum  |  | Beschäftigungsbetrieb  |  |
| Berufsbezeichnung<br>Bei Arzthelfer, Beginn der Berufsjahre:  |  |   |  | Ausgeübte Tätigkeit  |  |
| <input type="checkbox"/> Hauptbeschäftigung<br><input type="checkbox"/> Nebenbeschäftigung  |  | Probezeit: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein<br>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   |  |  |  |
| Höchster Schulabschluss   |  | Höchste Berufsausbildung  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> ohne Schulabschluss<br><input type="checkbox"/> Haupt-/Volksschulabschluss<br><input type="checkbox"/> Mittlere Reife/gleichwertiger Abschluss<br><input type="checkbox"/> Abitur/Fachabitur |  | <input type="checkbox"/> ohne beruflichen Ausbildungsabschluss<br><input type="checkbox"/> Anerkannte Berufsausbildung<br><input type="checkbox"/> Meister/Techniker/gleichwertiger Fachschulabschluss<br><input type="checkbox"/> Bachelor<br><input type="checkbox"/> Diplom/Magister/Master/Staatsexamen<br><input type="checkbox"/> Promotion |  |  |  |
| Beginn der Ausbildung:  |  | Voraussichtliches Ende der Ausbildung:  |  | Im Baugewerbe beschäftigt seit   |  |
| Wöchentliche Arbeitszeit:<br><input type="checkbox"/> Vollzeit <input type="checkbox"/> Teilz.  |  | Ggf. Verteilung d. wöchentl. Arbeitszeit (Std.)<br>Mo   Di   Mi   Do   Fr   Sa   So   |  | Urlaubsanspruch (Kalenderjahr)   |  |
| Kostenstelle  |  | Abt.-Nummer   |  | Personengruppe   |  |
| Vertragsform:   |  | <input type="checkbox"/> 1- Unbefristet in Vollzeit<br><input type="checkbox"/> 2- Unbefristet in Teilzeit  |  | <input type="checkbox"/> 3- Befristet in Vollzeit<br><input type="checkbox"/> 4- Befristet in Teilzeit |  |

**Befristung**

|   |                                |
|---|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Das Arbeitsverhältnis ist befristet / <input type="checkbox"/> zweckbefristet / <input type="checkbox"/> nicht befristet | Befristung Arbeitsvertrag zum: |
| <input type="checkbox"/> Schriftlicher Abschluss des befristeten Arbeitsvertrages   | Abschluss Arbeitsvertrag am:   |
| <input type="checkbox"/> befristete Beschäftigung ist für mindestens 2 Monate vorgesehen, mit Aussicht auf Weiterbeschäftigung                    |                                |

**Steuer**

|                    |                     |                   |            |
|--------------------|---------------------|-------------------|------------|
| Identifikationsnr. | Steuerklasse/Faktor | Kinderfreibeträge | Konfession |
|--------------------|---------------------|-------------------|------------|

**Sozialversicherung**

|   |    |             |    |
|---|----|-------------|----|
| Gesetzl. Krankenkasse (bei PKV: letzte ges. Krankenkasse) |    |             |    |
| KV  | RV | AV          | PV |
| UV-Gefahrentarif  |    | DEÜV-Status |    |

**Kinder, für die eine Elterneigenschaft nachgewiesen werden kann:**

|      |         |                           |
|------|---------|---------------------------|
| Name | Vorname | Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ) |
| Name | Vorname | Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ) |
| Name | Vorname | Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ) |
| Name | Vorname | Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ) |
| Name | Vorname | Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ) |

**Entlohnung**

|             |        |           |             |           |
|-------------|--------|-----------|-------------|-----------|
| Bezeichnung | Betrag | Gültig ab | Stundenlohn | Gültig ab |
| Bezeichnung | Betrag | Gültig ab | Stundenlohn | Gültig ab |

**VWL - nur notwendig wenn Vertrag vorliegt**

|                   |           |                       |
|-------------------|-----------|-----------------------|
| Empfang VWL durch | Betrag    | AG-Anteil (Höhe mtl.) |
|                   | Seit wann | Vertragsnr.           |
| IBAN              | BIC       |                       |

**Angaben zu steuerpflichtigen Vorbeschäftigungszeiten im laufenden Kalenderjahr**

| Zeitraum von | Zeitraum bis | Art der Beschäftigung | Anzahl der Beschäftigungstage |
|--------------|--------------|-----------------------|-------------------------------|
|              |              |                       |                               |
|              |              |                       |                               |

**Erklärung der beschäftigten Person:** 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 beschäftigte Person | _____ Datum | _____ Bei Minderjährigen Unterschrift des gesetzlichen Vertreters |
| _____ Datum | _____ Unterschrift Arbeitgeber         |             |   |