

Personalfragebogen

geringfügig kurzfristig Teil-/Vollzeit Gleitzone

Firma:

Personalnummer:

Persönliche Angaben

Telefonnummer			
Familienname/Geburtsname		Vorname	
Straße & Nr.		PLZ & Ort	
Geburtsdatum		Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
Sozialversicherungs-nr.		Familienstand	
Geburtsort & -land		Schwerbehindert	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Staatsangehörigkeit			
Kontonummer (IBAN)		BLZ (BIC)	

Beschäftigung

Eintrittsdatum	Tätigkeit
----------------	-----------

Befristung

<input type="checkbox"/> Das Arbeitsverhältnis ist befristet	Befristet bis
<input type="checkbox"/> Der befristete Vertrag wurde schriftlich abgeschlossen	Abschluss des Vertrages am
<input type="checkbox"/> Die Befristung ist für min. 2 Monate mit Aussicht auf Weiterbeschäftigung	

Status bei Beginn der Beschäftigung

<input type="checkbox"/> Arbeitnehmer/in	<input type="checkbox"/> Schüler/in	<input type="checkbox"/> Studienbewerber/in	<input type="checkbox"/> Elternzeit	<input type="checkbox"/> Arbeitslose/r
<input type="checkbox"/> Beamtin/Beamter	<input type="checkbox"/> Student/in	<input type="checkbox"/> Hausfrau/mann	<input type="checkbox"/> Selbständige/r	<input type="checkbox"/> Sonstige:
<input type="checkbox"/> Sozialhilfeempfänger/in	<input type="checkbox"/> Wehr-/Zivildienstleistender			

Angaben zur Berufsausbildung

Höchster Schulabschluss	<input type="checkbox"/> Hauptschule/mittlere Reife	Berufsausbildung	<input type="checkbox"/> mit <input type="checkbox"/> ohne
	<input type="checkbox"/> Abitur	Beginn der	
	<input type="checkbox"/> Fachschule/-hochschule	Ausbildung	
	<input type="checkbox"/> Universitätsabschluss	vorauss. Ende	

Entlohnung & Arbeitszeit

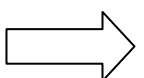
Bezeichnung	Betrag
Stundenlohn	gültig ab
Urlaubsanspruch	wöchentliche Arbeitszeit

Steuer

Steuerklasse/Faktor	2%-Pauschalierung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Kinderfreibeträge	AG übernimmt die	
Konfession	pauschale LSt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
AGS/Gemeinde-Nr.	Finanzamt-Nr.	Identifikations-Nr.

Sozialversicherung

Krankenversicherung	<input type="checkbox"/> gesetzlich <input type="checkbox"/> privat	Name der Krankenkasse/ priv. Versicherung
Nur bei geringfügig Beschäftigten & Gleitzone		<input type="checkbox"/> ja
Ich möchte den Pauschalbeitrag bis auf die volle Höhe in der RV aufstocken:		<input type="checkbox"/> nein



**Angaben zu weiteren Beschäftigungen im laufenden
Kalenderjahr**

Zeitraum	Arbeitgeber	Art der Tätigkeit (Voll/KF/GF)	Monatsverdienst

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 & Entgelt) unverzüglich mitzuteilen.

Auf Einmalbezüge wird ab Beschäftigungsbeginn verzichtet.

Mir ist bekannt, dass ich innerhalb eines Jahres nur 52 Tage als kurzfristig Beschäftigte/r arbeiten darf, weil ansonsten eine Sozialversicherungs- und Steuerpflicht besteht. Ich erkläre, dass ich keine weitere kurzfristige Beschäftigung ausübe.

Der/die Mitarbeiter/in wird ausdrücklich darauf hingewiesen und stimmt nachstehend durch seine/ihre Unterschrift zu, dass er/sie für Zusatzkosten, die uns durch Falschangaben entstehen, in voller Höhe haftet.

Datum

Unterschrift Arbeitnehmer

Datum

Unterschrift Arbeitgeber

