

Personalfragebogen

Firma: _____

Persönliche Angaben

Name, Vorname	_____			
Straße und Hausnummer	_____			
PLZ und Ort	_____			
Geburtsdatum	_____	Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich
Geburtsort und Geburtsland	_____			
Staatsangehörigkeit	_____	Familienstand	_____	
Versicherungsnummer	gem. Sozialvers.Ausweis	_____		
Bankverbindung	IBAN	_____		
	BIC	_____	oder	Barzahlung <input type="radio"/>

Beschäftigung

Eintrittsdatum	_____	tätig als	_____			
Wöchentliche Arbeitszeit	<input type="radio"/> Vollzeit	<input type="radio"/> Teilzeit	_____ Stunden			
Arbeitstage / Arbeitsstunden						
<input type="radio"/> Montag	<input type="radio"/> Dienstag	<input type="radio"/> Mittwoch	<input type="radio"/> Donnerstag	<input type="radio"/> Freitag	<input type="radio"/> Samstag	<input type="radio"/> Sonntag
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

<u>Höchster Schulabschluss:</u>	<u>Höchste Berufsausbildung:</u>
<input type="radio"/> ohne Schulabschluss	<input type="radio"/> ohne beruflichen Ausbildungsabschluss
<input type="radio"/> Haupt-/Volksschulabschluss	<input type="radio"/> Anerkannte Berufsausbildung
<input type="radio"/> Mittlere Reife/gleichwertiger Abschluss	<input type="radio"/> Meister/Techniker/gleichwertiger Fachschulabschluss
<input type="radio"/> Abitur/Fachabitur	<input type="radio"/> Bachelor
	<input type="radio"/> Diplom/Magister/Master/Staatsexamen
	<input type="radio"/> Promotion

<u>Status bei Beginn der Beschäftigung:</u>			
<input type="radio"/> Arbeitnehmer/in	<input type="radio"/> Hausfrau/Hausmann	<input type="radio"/> Student/in	<input type="radio"/> Wehr-/Zivildienst- leistender
<input type="radio"/> Arbeitnehmer/in in Elternzeit	<input type="radio"/> Schüler/in	<input type="radio"/> ALG-/Sozialhilfeempfänger/in	
<input type="radio"/> Arbeitslose/r	<input type="radio"/> Schulentlassene/r	<input type="radio"/> Studienbewerber/in	
<input type="radio"/> Beamtin/Beamter	<input type="radio"/> Selbständige/r	<input type="radio"/> Sonstige:	

Personalfragebogen

Firma: _____

Name des Mitarbeiters _____

Entlohnung

Stundenlohn _____	Gültig ab _____	Stundenlohn _____	Gültig ab _____
Gehalt _____	Gültig ab _____	Gehalt _____	Gültig ab _____

Steuer

Steueridentifikations-Nr. _____		
Finanzamt _____		
Steuerklasse/Faktor _____	Konfession _____	Kinderfreibetrag _____

Sozialversicherung

Krankenversicherung	<input type="radio"/> Gesetzlich	<input type="radio"/> Privat
Name der Krankenkasse	_____	

Schwerbehinderung

Schwerbehindert	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	Schwerbehindertenausweis?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Wenn ja, bitte vorlegen oder eine Kopie abgeben					

VWL – vermögenswirksame Leistung

Empfänger	_____				
Vertrags-Nr.	_____	seit	_____	Betrag	_____
Bankverbindung	IBAN	_____			

Benötigte Unterlagen: Arbeitsvertrag, VWL-Vertrag, SV-Ausweis, Bescheinigung der privaten Krankenversicherung

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

Unterschrift Arbeitgeber