

# Personalerfassungsbogen - Auszubildende

www.steuerberatung-zodel.de || info@zodel.de || Tel. 07541 / 9706 - 0 || Fax. 07541 / 9706 - 66 || Finkenweg 28, 88097 Eriskirch

Arbeitgeber:			
Straße:			
PLZ/Ort:			Tel:

Arbeitnehmer			
(Sozial-)Versicherungsnummer:			
	bei fehlender (Sozial-) Versicherungsnummer:	Geburtsname:	
		Geburtsort:	
Familienname, Titel:			
Vorname:			
Geburtsdatum:			
Geschlecht:	<input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> männlich	
Straße:			
Wohnort:			
PLZ:			
Familienstand:			
Konfession:			
Staatsangehörigkeit:			
Kind(er):	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	(auch ausfüllen falls Kinder volljährig sind)	

Behinderung		
Liegt eine Behinderung vor?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Kopie des Behindertenausweises: <b>Bitte beifügen!</b>	<input type="checkbox"/> liegt bei	

Der Abruf der Lohnsteuerabzugsmerkmale (ELStAM-Daten) ersetzt die Lohnsteuerkarte.  
Somit wird durch den Abruf die Steuerklasse festgelegt.

Hauptbeschäftigung (früher Lohnsteuerkarte):	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Nebenbeschäftigung:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Identifikationsnummer:	

Krankenversicherung	
Krankenkasse derzeit:	

Bankverbindung:			
Bank:			
IBAN:			
BIC:			
Art der Gehaltszahlung:	<input type="checkbox"/> Bar	<input type="checkbox"/> Überweisung	<input type="checkbox"/> Scheck

Schul-/Ausbildungsabschluss:	allgemeinbildender Schulabschluss:
	<input type="checkbox"/> ohne Schulabschluss
	<input type="checkbox"/> Haupt- / Volksschulabschluss
	<input type="checkbox"/> Mittlere Reife oder gleichwertig
	<input type="checkbox"/> Abitur/Fachabitur
	<input type="checkbox"/> Abschluss unbekannt
	beruflicher Ausbildungsabschluss:
	<input type="checkbox"/> ohne beruflichen Ausbildungsabschluss
	<input type="checkbox"/> Abschluss einer anerkannten Berufsausbildung
	<input type="checkbox"/> Meister / Techniker oder gleichwertig
	<input type="checkbox"/> Bachelor
	<input type="checkbox"/> Diplom
	<input type="checkbox"/> Master / Staatsexamen
	<input type="checkbox"/> Promotion
	<input type="checkbox"/> Abschluss unbekannt

Beginn der Ausbildung:						
ausgeübte Tätigkeit:						
regelmäßiges Entgelt p.m.						
Stundenlohn:						
Urlaubsanspruch in Tagen:						
Arbeitszeit pro Woche:						
tägliche Arbeitszeit:						
Wochentag	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa / So
Stunden						/
Einmal-/Sonderzahlungen:						

Vermögenswirksame Leistungen:	
Arbeitgeberanteil:	€ <input type="text"/> zahlbar ab: <input type="text"/>
Arbeitnehmeranteil:	€ <input type="text"/>
Vertragsart/Vertragsbeginn:	
Bescheinigung des Institutes:	<input type="checkbox"/> liegt bei <input type="checkbox"/> wird nachgereicht

Betriebliche Altersvorsorge	
Vertrag über betriebliche Altersvorsorge bei:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Direktversicherung:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Vertragsbeginn: <input type="text"/>
Pensionskasse:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Pensionsfond:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Unterstützungskasse:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Riesterrente:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Hiermit versichere ich, dass die oben gemachten Angaben wahrheitsgemäß und vollständig gemacht wurden.

Veränderungen bezüglich der gemachten Angaben werde ich unverzüglich dem unten genannten Arbeitgeber mitteilen.

Bei unvollständigen oder unrichtigen Angaben bin ich meinem Arbeitgeber gegenüber schadensersatzpflichtig.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Arbeitnehmers

\_\_\_\_\_  
Unterschrift / Stempel des Arbeitgebers

Ergänzende Unterlagen		
	Kopie liegt bei	wird nachgereicht
Ausbildungsvertrag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mitgliedsbescheinigung der Krankenkasse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sozialversicherungsausweis (Kopie an unser Büro)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vertrag betriebliche Altersvorsorge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kopie der Geburtsurkunde der Kinder/Erklärung der Elternschaft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>