

Personalstammblatt

Arbeitgeber: _____

1. Persönliche Angaben

Name, Vorname:		
Straße:		
PLZ, Ort:		
Geburtsdatum:	Geburtsort:	Geburtsname:
Geschlecht: <input type="checkbox"/> männl. <input type="checkbox"/> weibl.	Familienstand: <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet	
In welchem Verwandtschafts- verhältnis stehen Sie zu Ihrem Arbeitgeber?	<input type="checkbox"/> kein Verhältnis <input type="checkbox"/> Ehegatte <input type="checkbox"/> Lebenspartner <input type="checkbox"/> Abkömmling (in gerader Linie bis zum 2. Grad)	
Sind Sie an der GmbH als geschäftsführender Gesellschafter beteiligt?	<input type="checkbox"/> wenn ja Beteiligung % <input type="checkbox"/> nein	
Staatsangehörigkeit:		
Sozialversicherungsnummer:		
Zahlungsart: <input type="checkbox"/> Überweisung <input type="checkbox"/> Scheck <input type="checkbox"/> Bar		
BLZ:	Bank:	Konto:

2. Beschäftigung

Bundesland:	Betriebsstätte:	Eintrittsdatum:	
Arbeitszeit: <input type="checkbox"/> Vollzeit <input type="checkbox"/> Teilzeit	_____ Std./Wo. _____ Tage/Wo.	<input type="checkbox"/> befristet	<input type="checkbox"/> unbefristet
	_____ Std./Wo. _____ Tage/Wo.	<input type="checkbox"/> befristet	<input type="checkbox"/> unbefristet
Urlaubsanspruch: _____ Tage/Jahr _____ anteilig			
Tätigkeit:			
Berufsbezeichnung: _____			
<input type="checkbox"/> Vollzeit-Auszubildender/- Lehrling/-Anlernling/-Praktikant	<input type="checkbox"/> Vollzeit-Angestellter (nicht Meister im Angestelltenverhältnis)		
<input type="checkbox"/> Vollzeit-Arbeiter (nicht Facharbeiter)	<input type="checkbox"/> Behinderter (nicht in Ausbildung)		
<input type="checkbox"/> Vollzeit-Facharbeiter	<input type="checkbox"/> Heimarbeiter, Hausgewerbetreibender		
<input type="checkbox"/> Vollzeit-Meister/-Polier (Arbeiter oder Angestellter)	<input type="checkbox"/> Teilzeit, Wochen-Arbeitszeit 18 Std. und mehr, nicht vollbeschäftigt		
Schulbildung:			
<input type="checkbox"/> ohne Schulabschluss	<input type="checkbox"/> Haupt-/Volksschulabschluss		
<input type="checkbox"/> Mittlere Reife oder gleichwertiger Abschluss	<input type="checkbox"/> Abitur/Fachabitur		

Berufsausbildung:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> ohne beruflichen Ausbildungsabschluss | <input type="checkbox"/> Bachelor |
| <input type="checkbox"/> Abschluss einer anerkannten Berufsausbildung | <input type="checkbox"/> Diplom/Magister/Master/Staatsexamen |
| <input type="checkbox"/> Meister-/Techniker- oder gleichwertiger Fachschulabschluss | <input type="checkbox"/> Promotion |

Status: gewerblich kaufmännisch

Arbeitsvertrag: ja, bitte beifügen nein

3. Steuerliche Angaben

Steuerkarte:	
Stadt/Gemeinde:	Steuerklasse:
Finanzamt:	Steuer-IDNr
Konfession:	Konfession Ehegatte
Kinderfreibetrag:	LSt.-Freibetrag mtl.: jährlich:

4. Sozialversicherungsrechtliche Beurteilung

Krankenversicherung	<input type="checkbox"/> pflichtversichert (Mitgliedsbescheinigung beifügen)
Name:	<input type="checkbox"/> freiwillig versichert
Straße:	<input type="checkbox"/> privat versichert (Versicherungsbescheinigung beifügen)
PLZ, Ort:	
Rentenversicherung	<input type="checkbox"/> pflichtig
	<input type="checkbox"/> befreit/nicht pflichtig
Arbeitslosenversicherung	<input type="checkbox"/> pflichtig
	<input type="checkbox"/> befreit/nicht pflichtig
Pflegeversicherung	<input type="checkbox"/> pflichtig
	<input type="checkbox"/> befreit/nicht pflichtig
	<input type="checkbox"/> privat versichert
Zuschlag 0,25 % zur Pflegeversicherung	<input type="checkbox"/> ja (keine Kinder)
	<input type="checkbox"/> nein
	falls Kinder nicht mehr auf der LSt-Karte bescheinigt sind, bitte Geburtsurkunde beifügen
Die Befreiung beginnt mit dem Monat, der dem Monat folgt, in dem der Nachweis erbracht wird	
Beitragspflichtige Einkünfte	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wenn ja:	
Ausschließlich Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Bei beschäftigten Rentnern bitte Rentenbescheid beifügen

Folgende Angaben nur bei Verwandtschaftsverhältnis zum Arbeitgeber ausfüllen!

Bei Ehegatten, Ges. GF, Lebensgefährten und Verwandten in gerader Linie bis 2. Grad

Wurde eine versicherungsrechtliche Beurteilung von einem Sozialversicherungsträger durchgeführt?

Falls ja, bitte Bescheinigung beifügen!!!

Krankenkasse:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
LVA/BfA:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Bundesanstalt für Arbeit:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Gleitzone im Niedriglohnbereich

Gilt nicht für Azubis!

Gleitzone von € 450,01 bis € 850,00 Bruttolohn	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Noch eine weitere Beschäftigung in der Gleitzone	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Verzicht auf die Reduzierung in der Rentenversicherung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Erklärung zum Verzicht auf die Reduzierung des Arbeitnehmerbeitrags bei einem Entgelt innerhalb der Gleitzone

Ich wurde von meinem Arbeitgeber darüber informiert, dass sich der Arbeitnehmerbeitrag zur Sozialversicherung aus meinem Arbeitsentgelt (zwischen 450,01 € und 850,00 €) gemäß der Regelungen über die sog. Gleitzone reduzieren würde. Hierdurch reduzieren sich u. U. meine zukünftigen Rentenansprüche.

Ich erkläre deshalb, dass der Beitragsberechnung als beitragspflichtige Einnahme das tatsächliche Arbeitsentgelt zugrunde gelegt werden soll.

<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ab Beschäftigungsbeginn
		<input type="checkbox"/> ab dem Tag des Eingangs des Antrages
		<input type="checkbox"/> ab _____

Ort, Datum

Unterschrift des Arbeitnehmers

5. Entlohnung

Bruttolohn _____ €	Nettolohn _____ €	Stundenlohn _____ €
<input type="checkbox"/> Provision	<input type="checkbox"/> Umsatzbeteiligung	
<input type="checkbox"/> Urlaubsgeld _____ €	_____ %	
<input type="checkbox"/> Weihnachtsgeld _____ €	_____ %	
VL <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Vertrag bitte beifügen	_____ € gesamt	_____ € AG-Anteil
<input type="checkbox"/> BAV, Direktversicherung Vertrag bitte beifügen	_____ € jährlich	_____ € halbjährlich _____ € monatlich
<input type="checkbox"/> Pensionsfonds/Pensions- kasse, Unterstützungsk. Vertrag bitte beifügen	_____ € jährlich	_____ € halbjährlich _____ € monatlich
<input type="checkbox"/> Gehaltsverzicht	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> Fahrtkosten Wohnung - Arbeitsstätte	_____ Tage _____ km a 0,30 € (ab dem 21. Kilometer)	Pauschalierung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> Firmenwagen 1 % Regelg.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein (Rechnung beifügen)
<input type="checkbox"/> Sonstige Bezüge KiGa-Zuschuss, Reinigungskosten	_____ €	

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit der vorstehenden Angaben

Ort, Datum

Unterschrift des Arbeitnehmers