

Personalfragebogen

Allgemeine Angaben

Name	Vorname	Geschlecht	Staatsangehörigkeit
Geburtsname	Geburtsdatum	Geburtsort	Geburtsland
Straße, Hausnummer		PLZ, Wohnort	
E-Mail-Adresse		Telefon	

Steuerliche Angaben

Steuerklasse	Faktor (nur bei Steuerklasse 4)	Konfession	Konfession Ehegatte
Identifikationsnummer		Kinderfreibetrag	Finanzamt
Weitere Beschäftigung <input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> sozialversicherungspflichtige Beschäftigung <input type="checkbox"/> geringfügige Beschäftigung			

Sozialversicherungsrechtliche Angaben

Sozialversicherungs-Nr.	Gesetzliche Krankenversicherung <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Familienversichert <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Freiwillig gesetzlich krankenversichert <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Private Krankenversicherung <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Krankenkasse, Ort
Familienstand	Kinder <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Höchster beruflicher Ausbildungsabschluss

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

Höchster allgemeinbildender Schulabschluss

ohne Schulabschluss	<input type="checkbox"/>
Haupt-/Volksschulabschluss	<input type="checkbox"/>
Mittlere Reife oder gleichwertiger Abschluss	<input type="checkbox"/>
Abitur/Fachabitur	<input type="checkbox"/>
Abschluss unbekannt	<input type="checkbox"/>

Vorliegende Dokumente beim Arbeitgeber

Steuerkarte <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Private Krankenversicherung <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Mitgliedsbescheinigung Krankenkasse <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Nachweis Kinder <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

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 unverzüglich mitzuteilen.

Datum, Unterschrift Arbeitnehmer

Datum, Unterschrift Arbeitgeber