

PERSONALFRAGEBOGEN ARBEITNEHMER

auch für Studenten (Studienbescheinigung beifügen) und Gleitzone

Name: _____	Geburtsname: _____
Vorname: _____	
Straße und Hausnummer: _____	
Postleitzahl/Wohnort: _____	
Telefon: _____	Mobil: _____
E-Mail: _____	

Falls Sie minderjährig sind, geben Sie bitte den Namen und die Anschrift des gesetzlichen Vertreters (Eltern oder Vormund) an:

Sozial-Versicherungs-Nr.: _____	
Steuer ID-Nr.: _____	
Lohnsteuerklasse: _____	Anzahl der Kinderfreibeträge: _____
Krankenkassenwahl: _____	
Gesetzliche Krankenversicherung <input type="checkbox"/> Private Krankenversicherung <input type="checkbox"/> freiwillige Krankenversicherung <input type="checkbox"/>	
Geburtsdatum: _____	Geburtsort: _____
Staatsangehörigkeit: _____	
Arbeitsverlaubnis: (bei ausländischen Arbeitnehmern) JA <input type="checkbox"/> gültig bis _____ unbefristet <input type="checkbox"/>	
Religionszugehörigkeit (*): _____	
Familienstand (led., verh., verw., gesch.): _____ seit: _____	
Vorname und Geburtsdaten der Kinder:	
1. _____	geb. am: _____
2. _____	geb. am: _____
3. _____	geb. am: _____

Bewerbung als: _____

Schulabschluss: _____
Berufsausbildung: _____
Ausbildungsbetrieb: _____
Abschlussprüfung als: _____ (Datum)
Studienabschluss/Promotion als: _____ (Datum)

Praktika/Auslandsaufenthalte: _____
<small>(Bitte Ort und Dauer angeben)</small>
Zusätzliche Kurse/Prüfungen: _____

Besondere Kenntnisse/Fertigkeiten: _____

Bisherige Berufstätigkeit/Erfahrung: _____

vom _____ bis _____ als _____ Arbeitgeber _____

vom _____ bis _____ als _____ Arbeitgeber _____

GLEITZONE (Entgelt zwischen 400,01 Euro und 800,00 Euro)

Besteht eine andere Hauptbeschäftigung? JA NEIN

Wenn ja: monatlicher Verdienst €

Besteht eine andere Nebenbeschäftigung? JA NEIN

Wenn ja: monatlicher Verdienst €

Optionsrecht für die Aufstockung der Rentenversicherungsbeiträge (bei Minijob bis 400,00 €):

Ich wurde von meinem Arbeitgeber darüber informiert, dass ich die Möglichkeit habe, auf die Reduzierung des beitragspflichtigen Arbeitsentgelts zu verzichten und den vollen Arbeitnehmerbeitrag zu zahlen. (§163 Abs. 10 S. 6 SGB VI)

Verzicht auf die Ausübung des Optionsrechts Ausübung des Optionsrechts

Ergänzende Angaben

Leiden Sie an chronischen Krankheiten? (**) _____

Sind Sie anerkannt schwer behindert oder gleichgestellt bzw. wurde ein entsprechender Antrag gestellt?

Wenn ja, amtlich festgestellte Erwerbsminderung in Prozent: _____

Haben Sie eine gesundheitliche Beeinträchtigung, die Sie bei der Ausübung des angestrebten Beschäftigungsverhältnisses behindern könnte? _____

Angaben zur bargeldlosen Entgeltzahlung

IBAN-Nr. (Angabe unerlässlich): _____

SWIFT-Code (Angabe unerlässlich): _____

Kontoinhaber: _____

Bankinstitut: _____

Bankleitzahl: _____ Konto-Nr.: _____

Sie bestätigen durch Ihre Unterschrift, dass die vorstehenden Angaben der Wahrheit entsprechen und vollständig sind. Wir weisen Sie ausdrücklich darauf hin, dass wegen unwahrer Angaben oder wegen Verschweigens wesentlicher Tatsachen der Arbeitsvertrag mit sofortiger Wirkung angefochten werden kann (ausgenommen sind die Fragen (*) und (**)).

Änderungen in Bezug auf weitere Beschäftigungen teilen Sie uns bitte unverzüglich mit.

Die Unterrichtung über die Möglichkeit der betrieblichen Altersvorsorge ist erfolgt.

(Ort und Datum)

(Unterschrift)

(*) Falls Sie kirchensteuerpflichtig sind, bitten wir um Angabe für die Lohnsteuer.

(**) Die Beantwortung ist nicht obligatorisch. Die Information dient nicht zur Selektion, sondern zur individuell optimalen Arbeitsplatzgestaltung.