

Personalfragebogen/ Niederschrift Nachweisgesetz

Für kurzfristig Beschäftigte bis 3 Monate/70 Tage pro Jahr
(Befristet bis längstens 1 Jahr)



Name und Anschrift des Arbeitgebers: **- Bitte vollständig ausfüllen -**

Name des Mitarbeiters:

Vom Arbeitnehmer (2 Seiten) auszufüllen:

Persönliche Angaben

Name, Vorname	Geburtsdatum
Straße, PLZ/Wohnort	
Rentenversicherungs-Nr. (gem. Sozialversicherungs-Ausweis)	Geschlecht <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> d
Geburtsort, Geburtsland	Familienstand
Geburtsname	Staatsangehörigkeit
Höchster Schulabschluss <input type="checkbox"/> ohne Schulabschluss <input type="checkbox"/> Haupt- /Volksschulabschluss <input type="checkbox"/> Mittlere Reife / gleichwertiger Abschluss <input type="checkbox"/> Abitur / Fachabitur	Höchste Berufsausbildung <input type="checkbox"/> Ohne beruflichen Ausbildungsabschluss <input type="checkbox"/> anerkannte Berufsausbildung <input type="checkbox"/> Meister/Techniker/gleichwertiger Fachschulabschluss <input type="checkbox"/> Bachelor <input type="checkbox"/> Diplom/Magister/Master/ Staatsexamen <input type="checkbox"/> Promotion

Status bei Beginn der Beschäftigung

<input type="checkbox"/> Arbeitnehmer/in <input type="checkbox"/> Arbeitnehmer/in in Elternzeit <input type="checkbox"/> Arbeitslose/r <input type="checkbox"/> Beamter/in <input type="checkbox"/> Schüler/in <input type="checkbox"/> Schulentlassene/r	<input type="checkbox"/> Selbständige/r <input type="checkbox"/> Student/in <input type="checkbox"/> Studienbewerber/in <input type="checkbox"/> Sozialhilfeempfänger/in <input type="checkbox"/> Hausfrau/mann
--	---

Sozialversicherung

Krankenversicherung <input type="checkbox"/> Gesetzlich <input type="checkbox"/> Privat	Name Krankenkasse/ Priv. Versicherung
--	---------------------------------------

Lohnsteuer Angaben gemäß Bescheinigung über Lohnsteuer-Abzugsmerkmale
Bitte Bescheinigung vorlegen!

(ODER Lohnsteuerpauschalierung durch den Arbeitgeber)

Achtung:

Nur möglich, wenn Sie nicht bereits ein anderes lohnsteuerpflichtiges Beschäftigungsverhältnis haben!

Steuerliche Identifikationsnummer		
Steuerklasse/Faktor	Kinderfreibeträge	Konfession

Weitere Beschäftigungen

Üben Sie weitere Beschäftigungen aus? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Zeitraum	Arbeitgeber	Art der Tätigkeit	Wöchentliche Arbeitszeit
von:		<input type="checkbox"/> geringfügig entlohnt	
bis:		<input type="checkbox"/> nicht geringfügig entlohnt	
		<input type="checkbox"/> kurzfristig beschäftigt	
von:		<input type="checkbox"/> geringfügig entlohnt	
bis:		<input type="checkbox"/> nicht geringfügig entlohnt	
		<input type="checkbox"/> kurzfristig beschäftigt	

Bankverbindung

Name der Bank	Kontoinhaber (falls abweichend)
IBAN	BIC

<input type="checkbox"/> Ich widerspreche der elektronischen Übermittlung von Bescheinigungen an die Bundesagentur für Arbeit (z.B. Arbeitsbescheinigung)

Baugewerbe, Gaststätten- u. Beherbergungsgewerbe, Unternehmen die sich am Auf- u. Abbau von Messen und Ausstellungen beteiligen, Personenbeförderungsgewerbe, Schaustellergewerbe, Forstwirtschaft, Fleischwirtschaft, Gebäudereinigungsgewerbe u. Speditions- Transport- u. Logistikgewerbe

Als Arbeitnehmer sind Sie verpflichtet, während der täglichen Arbeit Personalausweis, Pass, Parsersatz oder Ausweisersatz mitzuführen, um diesen bei einer Zollkontrolle vorlegen zu können. Wir bitten DRINGEND, die entsprechenden Papiere täglich mitzuführen.

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. Den Hinweis zur Mitführungspflicht der Ausweispapiere habe ich zur Kenntnis genommen.

Ort, Datum

Unterschrift des Arbeitnehmers

(Wenn nicht anders angegeben, entspricht das Unterschriftsdatum dem Eingangsdatum des Personalfragebogens beim Arbeitgeber)

Personalfragebogen/ Niederschrift Nachweisgesetz

Für kurzfristig Beschäftigte bis 3 Monate/70 Tage pro Jahr
(Befristet bis längstens 1 Jahr)



Name und Anschrift des Arbeitgebers: **- Bitte vollständig ausfüllen -**

Name des Mitarbeiters:

Vom Arbeitgeber und Arbeitnehmer auszufüllen:

Eintrittsdatum	Berufsbezeichnung	Ausgeübte Tätigkeit	
Vereinbarte wöchentliche Arbeitszeit _____ Std.		Regelmäßige Wochenarbeitstage Mo <input type="checkbox"/> Di <input type="checkbox"/> Mi <input type="checkbox"/> Do <input type="checkbox"/> Fr <input type="checkbox"/> Sa <input type="checkbox"/> So <input type="checkbox"/>	
25% Lohnsteuer-Pauschalierung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein (dann erfolgt Versteuerung gemäß Lohnsteuermerkmale)		Tätigkeitsstätte	
Bruttogehalt/Festlohn	Gültig ab	Stundenlohn brutto	Gültig ab
<input type="checkbox"/> mtl. gleichbleibend Monatsende an Steuerkanzlei		<input type="checkbox"/> Unterschiedlich hoch, Mitteilung am	
<input type="checkbox"/> Urlaub wird nach Bundesurlaubsgesetz gewährt ODER <input type="checkbox"/> Individuelle Vereinbarung: _____		<input type="checkbox"/> Kündigungsfrist gesetzlich gem. § 622 BGB ODER <input type="checkbox"/> Individuelle Vereinbarung: _____	

Zusammensetzung und Höhe des Arbeitsentgelts

Grundentgelt	<input type="checkbox"/> monatliches Festgehalt <input type="checkbox"/> Stundenlohn	Betrag	Gültig ab
Zuschläge	<input type="checkbox"/> Sonntagszuschläge	Betrag	Gültig ab
	<input type="checkbox"/> Feiertagszuschläge	Betrag	Gültig ab
	<input type="checkbox"/> Nachtzuschläge	Betrag	Gültig ab
Zulagen	<input type="checkbox"/> Erschwerniszuschlag	Betrag	Gültig ab
	<input type="checkbox"/> Leistungszulagen	Betrag	Gültig ab
	<input type="checkbox"/> Funktionszulagen	Betrag	Gültig ab
	<input type="checkbox"/> Sozialzulagen	Betrag	Gültig ab
	<input type="checkbox"/> Wechselschichtzulagen	Betrag	Gültig ab
	<input type="checkbox"/> persönliche Zulagen	Betrag	Gültig ab
Sonderzahlungen	<input type="checkbox"/> Urlaubsgeld	Betrag	Gültig ab
	<input type="checkbox"/> Weihnachtsgeld	Betrag	Gültig ab

Fälligkeit	<input type="checkbox"/> Ende des Monats gemäß § 614 BGB <input type="checkbox"/> Ende eines jeden/r Monats/Woche/Tag <input type="checkbox"/> Ende des der Arbeitsleistung folgenden Monats
-------------------	--

Arbeitsvertrag

Abschluss des Arbeitsvertrags <input type="checkbox"/> schriftlich <input type="checkbox"/> mündlich (inkl. schriftliche Dokumentation der Rahmenbedingungen gem. § 2 NachweisG) Bitte Kopie vorlegen!	Auf das Arbeitsverhältnis sind anzuwenden: <input type="checkbox"/> Tarifvertrag/-verträge _____ <input type="checkbox"/> Betriebsvereinbarung/en _____ <input type="checkbox"/> Dienstvereinbarung/en _____
<p>HINWEIS: Erstattung der Arbeitsgebераufwendungen bei Arbeitsunfähigkeit Bitte überlassen Sie uns bei Krankheitsausfällen Ihrer Mitarbeiter die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen (gelber Zettel). Bei einer Krankheitsdauer von 1 bis 2 Tagen kann auch ohne Nachweis (gelber Zettel) ein Erstattungsantrag gestellt werden.</p> <p><u>Die Prüfung evtl. gültiger Tariflohnbedingungen ist nicht Bestandteil des Auftrags, die Haftung der Steuerkanzlei wird hiermit insoweit ausgeschlossen.</u></p> <p><u>Bitte beachten Sie das Mindestlohngesetz sowie § 2 Nachweisgesetz</u></p>	

 Ort, Datum

 Unterschrift des Arbeitgebers

Unterschrift des Arbeitnehmers
 (Wenn nicht anders angegeben, entspricht das Unterschriftsdatum dem Eingangsdatum des Personalfragebogens beim Arbeitgeber)