

Personalstammbogen Firma: _____

(Grau hinterlegte Felder und dritte Seite sind vom Arbeitgeber auszufüllen)

Name	
Vorname	
Straße	
Wohnort	
Geburtsdatum	
Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> unbestimmt <input type="checkbox"/> divers
Rentenversicherungsnummer	
	falls keine vorhanden: Geburtsort Geburtsname
Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet
Staatsangehörigkeit	
Schwerbehindert (Kopie des Ausweises mitgeben)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Bankinstitut	
Bankleitzahl und BIC	
Kontonummer und IBAN	
Berufsbezeichnung	
Schulabschluss	<input type="checkbox"/> ohne <input type="checkbox"/> Volks-/Hauptschule <input type="checkbox"/> mittlere Reife <input type="checkbox"/> Abitur
beruflicher Ausbildungsabschluss	<input type="checkbox"/> ohne <input type="checkbox"/> anerkannte Berufsausbildung <input type="checkbox"/> Meister/Techniker oder gleichw. Fachschulabschluss <input type="checkbox"/> Bachelor <input type="checkbox"/> Diplom/Magister/Master/Staatsexamen <input type="checkbox"/> Promotion
Eintrittsdatum	
Bei Azubildenden vorauss. Ende der Ausbildung	
Identifikationsnummer	
Lohnsteuerklasse/Faktor	
Kinderfreibeträge	
Konfession	
Üben Sie weitere Beschäftigungen aus?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Falls ja	<input type="checkbox"/> geringfügig entlohnt (bis 450,00 €/Monat) <input type="checkbox"/> auf Lohnsteuerkarte

Kinder	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein falls nicht auf der Lohnsteuerkarte, bitte Nachweis herreichen (z.B. Geburtsurkunde; Kindergeldbescheid; alte Lohnsteuerkarte, auf der ein Kinderfreibetrag eingetragen ist)
Krankenkasse	_____ (falls vorhanden bitte Mitgliedsbescheinigung der Krankenkasse vorlegen)
Urlaubsanspruch (falls Urlaubsstatistik mitgeführt werden soll)	
Vermögenswirksame Leistungen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein falls ja, bitte Vertrag mitgeben
Abzugsbetrag	
Arbeitgeberanteil	
Betriebliche Altersvorsorge	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein falls ja: - als: <input type="checkbox"/> Kapitalversicherung <input type="checkbox"/> Rentenversicherung - finanziert aus: <input type="checkbox"/> Gehaltsverzicht <input type="checkbox"/> Umwandlung Einmalzahlung <input type="checkbox"/> zusätzlicher Leistung - Bitte Vertrag mitgeben!
Entfernungskilometer zw. Wohnung und Arbeitsstätte	
Beschäftigungszeiten bei Vorarbeit- gebern im laufenden Kalenderjahr (= Zeiträume, in denen unter Vorlage der Lohnsteuerkarte gearbeitet wurde)	von _____ bis _____ von _____ bis _____

Angaben für Arbeitnehmer im Baugewerbe:

Bisher im Bau beschäftigt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
falls ja:	
von	bis
ZVK-Nummer	
Bitte unbedingt letzte Arbeitgeberbescheinigung über ZVK-Beitragszeiten vorlegen!!	

Ich versichere, dass die vorstehenden Angaben der Wahrheit entsprechen. Ich verpflichte mich, meinem Arbeitgeber alle Änderungen, insbesondere in Bezug auf weiter Beschäftigungen (Art, Dauer und Entgelt) unverzüglich mitzuteilen.

Datum, Unterschrift

Auszufüllen vom Arbeitgeber

Beschäftigung
Ersteintrittsdatum
Wöchentliche Arbeitszeit
ausgeübte Tätigkeit
Entlohnung
Stundenlohn
Monatslohn/-gehalt
Angaben zu den Arbeitspapieren (wenn ja, bitte der Lohnabrechnungsstelle vorlegen) <input type="checkbox"/> liegt vor, Arbeits-/Ausbildungsvertrag (wenn ja, bitte der Lohnabrechnungsstelle vorlegen) <input type="checkbox"/> liegt vor, Bescheinigung über Lohnsteuer-Abzug/ Vorarbeitgeber <input type="checkbox"/> liegt vor, SV-Ausweis <input type="checkbox"/> liegt vor, Nachweis Elterneigenschaft <input type="checkbox"/> liegt vor, Bescheinigung der privaten Krankenversicherung <input type="checkbox"/> liegt vor, VWL-Vertrag <input type="checkbox"/> liegt vor, Schwerbehindertenausweis <input type="checkbox"/> liegt vor, Unterlagen Sozialkasse Bau/Maler

Datum

Unterschrift Arbeitgeber