

# Personalbogen - sozialversicherungspflichtige Beschäftigung

Stand: 03/2017

## Name und Anschrift des/der Arbeitgebers/Arbeitgeberin

---



---



---

## Name, Vorname des/der Arbeitnehmers/Arbeitnehmerin

---

### 1. Angaben des/der Arbeitgebers/Arbeitgeberin zur geplanten Beschäftigung (ausschließlich vom Arbeitgeber auszufüllen)

Beginn der Tätigkeit \_\_\_\_\_

Ausgeübte Tätigkeit \_\_\_\_\_

#### Befristung

Ist der Arbeitsvertrag befristet?  ja  nein

Wenn ja: Vereinbartes Ende \_\_\_\_\_

Erfolgte die Befristung schriftlich?  ja  nein

Datum der Vertragsunterschrift \_\_\_\_\_

#### Arbeitszeit

Wöchentliche Arbeitszeit \_\_\_\_\_ Stunden

Arbeitszeitverteilung

Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So

#### Urlaub

Urlaubsanspruch \_\_\_\_\_ Tage/Jahr

Anspruch im Jahr des Eintritts \_\_\_\_\_ Tage/Jahr

Probezeit \_\_\_\_\_ Monate

#### Vergütung

Festlohn \_\_\_\_\_ €/Monat

Stundenlohn \_\_\_\_\_ €/Stunde

Vergütung nach der Probezeit

Festlohn \_\_\_\_\_ €/Monat

Stundenlohn \_\_\_\_\_ €/Stunde

**Erklärung des/der Arbeitgebers/der Arbeitgeberin**

Die Angaben in Abschnitt 1 des Personalbogens entsprechen den Verhältnissen des mit unserem Unternehmen geschlossenen Beschäftigungsverhältnisses.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Arbeitgeber/in



**Sozialversicherung**

Krankenversicherungsstatus

- gesetzlich krankenversichert (Pflichtversicherung)
- gesetzlich krankenversichert (Freiwillige Krankenvers.)
- gesetzlich krankenversichert (Familienversicherung)
- private Krankenversicherung (Bitte Bescheinigung beifügen.)
- Versorgung/Beihilfeansprüche (z.B. bei Beamten)
- Zuletzt gehörte ich keiner Krankenversicherung an.

Name der derzeitigen Krankenkasse \_\_\_\_\_

Rentenversicherungsnummer

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Kinder (auch über 18 Jahre)

- ja (Bitte Kopie der Geburtsurkunde/n beifügen.)
- nein

Schwerbehindert

- ja (Bitte Kopie des Schwerbehindertenausweises beifügen.)
- nein

**Weitere beitragspflichtige Einnahmen neben dieser Beschäftigung**

- Ich habe keine weiteren Einnahmen.
- Arbeitsentgelt aus einer weiteren versicherungspflichtigen Beschäftigung über 450,00 €/Monat
- Regelaltersrente
- Altersrente für langjährige Versicherte
- Arbeitslosengeld nach SGB III
- Arbeitslosengeld II nach SGB II

**Sonstiges**

Schulbildung

- ohne Schulabschluss
- Volk-/Hauptschulabschluss
- Mittlere Reife oder gleichwertiger Abschluss
- Abitur/Fachabitur

Berufliche Ausbildung

- ohne beruflichen Ausbildungsabschluss
- Abschluss einer anerkannten Berufsausbildung
- Meister/Techniker o. gleichwert. Fachschulabschluss
- Bachelor
- Diplom, Magister, Master
- Promotion

Vermögenswirksame Leistungen

- nein
- ja (Bitte Kopie des Vertrages beifügen.)

Betriebliche Altersvorsorge

- nein
- ja (Bitte Kopie des Vertrages beifügen.)

Pfändungen

- nein  
 ja (Bitte Kopie des Pfändungsbeschlusses beifügen.)

**Erklärung bezüglich der Mitteilungspflicht gegenüber dem Arbeitgeber**

Ich versichere, dass die von mir gemachten Angaben der Wahrheit entsprechen. Sollten Änderungen eintreten, so werde ich meinen Arbeitgeber unverzüglich darüber informieren.

Insbesondere werde ich meinem Arbeitgeber unverzüglich jede Aufnahme eines weiteren Beschäftigungsverhältnisses mitteilen. Dies gilt unabhängig von der Höhe des Arbeitsentgelts, vom zeitlichen Umfang sowie der vereinbarten Dauer der Beschäftigung. Ich erfülle meine diesbezügliche Meldepflicht auch künftig ohne jede besondere Aufforderung oder Nachfrage seitens meines Arbeitgebers.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum\_\_\_\_\_  
Unterschrift Arbeitnehmer/in**Als Anlage sind beigefügt:**

- Arbeitsvertrag
- Kopie des Sozialversicherungsausweises
- Mitgliedsbescheinigung der privaten Krankenversicherung
- Geburtsurkunde/n Kind/er
- Kopie des Schwerbehindertenausweises
- Vertrag über Vermögenswirksame Leistungen
- Vertrag über Betriebliche Altersvorsorge
- Kopie des Pfändungsbeschlusses