

- Hauptarbeitgeber Azubi
 Minijob bis 538€ Kurzfristig Beschäftigte
 Werkstudent Praktikant

Dieses Formular dient ausschließlich der Datenerfassung zur Lohn- und Gehaltsabrechnung

Firma

Eintrittsdatum

Persönliche Angaben

Familienname	Vorname
Geburtsname	Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)
Straße/Hausnummer	PLZ/Ort
Geburtsland/Geburtsort	Staatsangehörigkeit
Aufenthalts-/Arbeitslaubnis Nicht EU-Bürger (Nachweis vorlegen) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers
Familienstand <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet	Schwerbehinderung (Kopie Schwerbehindertenausweis vorlegen) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
IBAN	Bankbezeichnung

Sozialversicherung

Sozialversicherungsnummer	Gesetzliche Krankenkasse (bei PKV: letzte ges. Krankenkasse)
Private Krankenversicherung / PKV (Bestätigung vorlegen) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Versorgungswerk (Befreiung vorlegen) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Steuer

Steuer ID-Nummer	Steuerklasse	Konfession
Elterneigenschaft <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Anzahl Kinder unter 25 Jahre	
Für alle Kinder unter 25 Jahre Kopien der Geburtsurkunden jedes Kindes vorlegen. Falls ihre Kinder alle älter als 25 Jahre sind, reicht die Kopie der Geburtsurkunde eines Kindes als Nachweis aus.		

Beschäftigung

Höchster Schulabschluss	Höchste Berufsausbildung
Üben Sie eine weitere Beschäftigung aus? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Falls ja, Minijob? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Nur bei Minijob: Zusammenrechnung der monatlichen Entgelte aller Minijobs mehr als 538,00 €? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Falls ja, bitte Rücksprache!

Angaben zu steuerpflichtigen Vorbeschäftigungszeiten im laufenden Kalenderjahr

Von (TT.MM.JJJJ)	Bis (TT.MM.JJJJ)	Status vor der Beschäftigungsaufnahme <input type="checkbox"/> arbeitslos <input type="checkbox"/> Arbeitnehmer <input type="checkbox"/>
------------------	------------------	---

Geringfügig Beschäftigte / Minijob bis 538,00 €

Antrag auf Befreiung von der Rentenversicherungspflicht

ja nein

Hiermit beantrage ich die Befreiung von der Versicherungspflicht in der Rentenversicherung im Rahmen meiner geringfügig entlohnten Beschäftigung und verzichte damit auf den Erwerb von Pflichtbeitragszeiten.

Mir ist bekannt, dass der Befreiungsantrag für alle von mir zeitgleich ausgeübten geringfügig entlohnten Beschäftigungen gilt und für die Dauer der Beschäftigungen bindend ist; eine Rücknahme ist nicht möglich.

Ich verpflichte mich, alle weiteren Arbeitgeber, bei denen ich eine geringfügig entlohnte Beschäftigung ausübe, über diesen Befreiungsantrag zu informieren.

Arbeitnehmer Datum, Unterschrift	Arbeitgeber Datum, Unterschrift
---	--

Vom Arbeitgeber auszufüllen

Gehalt / Festlohn (€)	Stundenlohn	Entlohnung erfolgt: <input type="checkbox"/> Bar <input type="checkbox"/> per Überweisung	
Das Arbeitsverhältnis ist befristet <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Ausgeübte Tätigkeit	Filiale / Betriebsstätte	Kostenstelle
Wöchentliche Arbeitszeit <input type="checkbox"/> Vollzeit <input type="checkbox"/> Teilzeit in Std. <input style="width: 30px;" type="text"/>		Übliche tägliche Arbeitszeit (Std.) Mo. <input style="width: 20px;" type="text"/> Di. <input style="width: 20px;" type="text"/> Mi. <input style="width: 20px;" type="text"/> Do. <input style="width: 20px;" type="text"/> Fr. <input style="width: 20px;" type="text"/> Sa. <input style="width: 20px;" type="text"/> So. <input style="width: 20px;" type="text"/>	

Hiermit bestätige ich mit meiner Unterschrift, dass ich die genannten Angaben vollständig und richtig gemacht habe und jede Änderung, insbesondere einer weiteren Beschäftigung, unverzüglich mitteilen werde.

Bei unwahren Angaben oder Verletzungen meiner Anzeigepflicht erkläre ich mich bereit, die vom Sozialversicherungsträger nachgeforderten Beiträge zu erstatten.

Arbeitnehmer Datum, Unterschrift	Arbeitgeber Datum, Unterschrift
---	--