

**Angaben zur Person**

Vorname: \_\_\_\_\_  
 Name: \_\_\_\_\_  
 Geschlecht:  männlich  weiblich  
 unbestimmt  
 Eintrittsdatum: \_\_\_\_\_ TT.MM.JJJJ  
 Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ TT.MM.JJJJ  
 Geburtsname: \_\_\_\_\_  
 Geburtsort: \_\_\_\_\_  
 Geburtsland: \_\_\_\_\_  
 Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_  
 Rentenvers.-Nr.: \_\_\_\_\_  
 ZVK-Arbeitnehmernr.: \_\_\_\_\_  
 Straße: \_\_\_\_\_  
 PLZ und Wohnort: \_\_\_\_\_  
 Telefon-Nr.: \_\_\_\_\_  
 E-Mail-Adresse: \_\_\_\_\_  
 Steuerliche IdNr: \_\_\_\_\_  
 Bankname: \_\_\_\_\_  
 SWIFT-BIC: \_\_\_\_\_  
 IBAN: \_\_\_\_\_

Verheiratet:  ja  nein  
 Rentenbezieher:  ja  nein  
 Student:  ja  nein  
 Praktikant:  ja  nein  
 vorgeschriebenes Praktikum  ja  nein  
 Ausgeübte Tätigkeit: \_\_\_\_\_  
 Höchster Schulabschluss: \_\_\_\_\_  
 Höchster Ausbildungsabschluss: \_\_\_\_\_  
 Arbeitnehmerüberlassung:  ja  nein  
 Vertragsform:  Vollzeit  Teilzeit  
 Arbeitsvertrag ist befristet:  ja  nein  
 Wenn ja, befristet bis: \_\_\_\_\_ TT.MM.JJJJ  
 Aufenthaltsgenehmigung von: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_  
 Arbeitserlaubnis von: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_  
 Immatrikulation von: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_  
 Schwerbehindert:  ja  nein  
 Wenn ja, Behinderungsgrad in %: \_\_\_\_\_  
 Hauptbeschäftigung?  ja  nein  
 Ausübung weiterer Beschäftigungen?  ja  nein

**Angaben zur Sozialversicherungspflicht**

Krankenkasse: \_\_\_\_\_  
 pflichtversichert  
 freiwillig versichert ⇨  Selbstzahler  Firmenzahler  
 privat versichert ⇨  Selbstzahler  Firmenzahler  
 bereits am 31.12.2002 wegen Überschreitens der Jahresarbeitsentgeltgrenze versicherungsfrei  
 AG-Zuschuss private KV: \_\_\_\_\_ € PV: \_\_\_\_\_ €  
 Gesamtbetrag private KV: \_\_\_\_\_ € PV: \_\_\_\_\_ €  
 Basisabsicherung private KV: \_\_\_\_\_ € PV: \_\_\_\_\_ €

Statuskennzeichen:  Ehegatte\*  Eingetragener Lebenspartner\*  Leibliches Kind\*  Adoptivkind\*  
 Enkelkind/Urenkel\*  Geschäftsführender Gesellschafter einer GmbH

\*des zu meldenden Einzelunternehmers

Saisonarbeitnehmer:  ja

**Angaben zur Rentenversicherung:**

es besteht Beitragspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung  
 es besteht Beitragspflicht bei nachstehendem berufsständischen Versorgungswerk:  
 \_\_\_\_\_ Mitgliedsnr.: \_\_\_\_\_ HV-Beitrag: \_\_\_\_\_ €  
 es liegt eine Verzichtserklärung auf die Versicherungsfreiheit vor (nur Altersvollrentner)

**Angaben zur Pflegeversicherung (PV-Zuschlag/PV-Abschlag):**

Elterneigenschaft liegt vor:  ja (lt. beigefügtem Geburtsnachweis)  nein  
 Anzahl der berücksichtigungsfähigen Kinder unter 25 Jahren nach § 55 Abs. 3 SGB XI (wenn Elterneigenschaft = ja)  
 1 Kind  2 Kinder  3 Kinder  4 Kinder  5 und mehr Kinder  
 Für eine ausführliche Erfassung der Angaben zu den Kindern nutzen Sie bitte den Fragebogen: Nachweis Kinder für PV unter Infos | weitere ... | Fragebögen

**Lohnsteuerabzugsmerkmale\***

Steuerklasse/Faktor	Kinderfreibeträge	Konfession

\*freiwillige Angabe der Lohnsteuerabzugsmerkmale, in ADDISON Lohn & Gehalt müssen die Merkmale im Rahmen des ELStAM-Meldeverfahrens abgerufen werden

**Angaben zur Entlohnung und zur Arbeitszeit**

<input type="checkbox"/> Lohn   Gehalt	in Höhe von: _____ €	<input type="checkbox"/> brutto	<input type="checkbox"/> netto
<input type="checkbox"/> Stundenlohn	in Höhe von: _____ €	<input type="checkbox"/> pro Std. brutto	<input type="checkbox"/> pro Std. netto
<input type="checkbox"/> Sonderzahlung	in Höhe von: _____ €	<input type="checkbox"/> brutto	<input type="checkbox"/> netto
<input type="checkbox"/> Sonstige: _____	in Höhe von: _____ €	Auszahlung in Monat: _____	
		<input type="checkbox"/> monatl.	<input type="checkbox"/> jährl.
		<input type="checkbox"/> brutto	<input type="checkbox"/> netto

**Vereinbarte Arbeitszeit:**

Das Arbeitsentgelt wird erzielt in	monatlich: _____ Std.	Anspruch im lfd. Jahr: _____ Tage
bzw.	wöchentlich: _____ Std.	Jährl. Urlaubsanspruch: _____ Tage

**Urlaubsanspruch:****Verteilung der wöchentlichen Arbeitszeit:**

	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So
Stunden							

**Angaben zu Vermögenswirksamen Leistungen (VWL)** kein Vertrag

VWL AG-Anteil in Höhe von: _____ €	
Bausparinstitut: _____	Vertragsnummer: _____
IBAN: _____	Spar-/Überweisungsbetrag: _____ €
SWIFT-BIC: _____	Beginn der Zahlung: _____ TT.MM.JJJJ

**Angaben zu Altersvorsorgeverträgen** kein Vertrag

<input type="checkbox"/> Direktversicherung	<input type="checkbox"/> Pensionskasse	<input type="checkbox"/> Pensionsfonds	<input type="checkbox"/> Direktzusage	<input type="checkbox"/> Unterstützungskasse
Arbeitgeberanteil: _____ €	<input type="checkbox"/> monatl.	<input type="checkbox"/> viertelj.	<input type="checkbox"/> halbj.	<input type="checkbox"/> jährl.
Arbeitnehmeranteil (Entgeltumw.): _____ €	<input type="checkbox"/> monatl.	<input type="checkbox"/> viertelj.	<input type="checkbox"/> halbj.	<input type="checkbox"/> jährl.
Versicherer: _____	Vertragsnummer: _____			
IBAN: _____	Versorgungszusage ab: _____ TT.MM.JJJJ			
SWIFT-BIC: _____	Beginn der Zahlung: _____ TT.MM.JJJJ			

**Angaben zu bestehenden Daueraufträgen und Pfändungen** keine

<input type="checkbox"/> Dauerauftrag	<input type="checkbox"/> Pfändung	<input type="checkbox"/> Unterhaltspfändung
Betrag: _____ €	Gesamtbetrag der Pfändung: _____ €	
Empfänger: _____	Empfänger: _____	
Bankname: _____	Bankname: _____	
IBAN: _____	IBAN: _____	
SWIFT-BIC: _____	SWIFT-BIC: _____	
Verwendungszweck: _____	Aktenzeichen: _____	
Zahlungsintervall: <input type="checkbox"/> monatl. <input type="checkbox"/> viertelj.	Eingangsdatum: _____ TT.MM.JJJJ	
<input type="checkbox"/> halbj. <input type="checkbox"/> jährl.	Anzahl unterhaltspfl. Personen: _____	
	Festbetrag bei Unterhaltspfändung: _____ €	

**Beigefügte Unterlagen des Arbeitnehmers**

Bescheinigung für den Lohnsteuerabzug	<input type="checkbox"/> Original	<input type="checkbox"/> Kopie
VWL-Vertrag	<input type="checkbox"/> Original	<input type="checkbox"/> Kopie
Altersvorsorge-Vertrag	<input type="checkbox"/> Original	<input type="checkbox"/> Kopie
Pfändungsverfügung	<input type="checkbox"/> Original	<input type="checkbox"/> Kopie
Geburtsnachweis Kind	<input type="checkbox"/> Original	<input type="checkbox"/> Kopie
Bescheinigung private Krankenkasse (Arbeitgeberzuschuss/Vorsorgeaufwendungen)	<input type="checkbox"/> Original	<input type="checkbox"/> Kopie
Arbeitsvertrag	<input type="checkbox"/> Original	<input type="checkbox"/> Kopie
Schwerbehindertenausweis	<input type="checkbox"/> Original	<input type="checkbox"/> Kopie
Bescheinigung über gewährten/abgeholtenen Urlaub des vorigen Arbeitgebers	<input type="checkbox"/> Original	<input type="checkbox"/> Kopie
Sonstige: _____	<input type="checkbox"/> Original	<input type="checkbox"/> Kopie

---

**Sonstige Angaben**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

---

**Bestätigung des Arbeitnehmers**

Hiermit versichere ich, die Angaben wahrheitsgemäß gemacht zu haben. Jede Änderung, insbesondere in Bezug auf weitere Beschäftigungen (Art, Dauer und Entgelt), werde ich meinem Arbeitgeber unverzüglich mitteilen.

\_\_\_\_\_  
(Datum | Unterschrift)

---

**Bestätigung des Arbeitgebers**

\_\_\_\_\_  
(Sachbearbeiter)

\_\_\_\_\_  
(Datum | Firmenstempel)