

Fragebogen für Praktikanten

Versicherungs- u. lohnsteuerrechtliche Beurteilung

Persönliche Angaben des Praktikanten:

Name, Vorname: _____

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

Familienstand: _____

Geburtsdatum: _____

Staatsangehörigkeit: _____

Rentenvers.-Nr.: _____

**** falls noch keine Rentenversicherungsnummer vergeben wurde:**

Geburtsname: _____

Geburtsort: _____

Angaben zum Praktikum:

- Vorpraktikum/Nachpraktikum
Freiwilliges Praktikum zur Verbesserung meiner Kenntnisse
- Vorpraktikum/Nachpraktikum
Vorgeschriebenes Praktikum/Vertrag vom _____ Kopie der Studienordnung
(Unterlagen sind beigelegt)
- Freiwilliges Zwischenpraktikum _____ (Unterlagen sind beigelegt)
- Zwischenpraktikum
Vorgeschriebenes Praktikum/Vertrag vom _____ Kopie der Studienordnung
(Unterlagen sind beigelegt)

Angaben zum Status:

Ich bin Student an der _____ (Uni/Fachhochschule)
(Studienbescheinigung ist beigelegt)

Angaben zur Krankenkasse:

Ich bin krankenversichert bei: _____

Es wird folgendes Praktikum vereinbart:

Beginn und Ende des Praktikums: _____

Tätigkeit: _____

Wöchentliche Arbeitszeit: _____

Stundenlohn: _____ Monatslohn/-gehalt: _____

Finanzamt: _____ Steuerklasse: _____

Kinderfreibetrag: _____ Religion: _____

Freibetrag: _____ Steuer-ID-Nr.: _____

Im laufenden Kalenderjahr hatte ich keine/folgende Beschäftigungen:

Von	Bis	Wtl. Arbeitszeit	Entgelt EUR	Befristung Ja	Befristung nein
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Gleichzeitig übe ich folgende Beschäftigungen aus.

Von	Bis	Wtl. Arbeitszeit	Entgelt EUR	Arbeitgeber	Befristung Ja	Befristung nein
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bankverbindung des Arbeitnehmers:

Konto-Nr.: _____ BLZ: _____

Bankbezeichnung: _____

IBAN: _____

Ich versichere, diese Angaben wahrheitsgemäß gemacht zu haben. Jede Änderung werde ich unverzüglich mitteilen. Bei unwahren Angaben oder Verletzungen meiner Anzeigepflicht erkläre ich mich bereit, die vom Sozialversicherungsträger/Finanzamt nachgeforderten Beträge zu erstatten.

Ort, Datum

Unterschrift Praktikant

Unterschrift/Firmenstempel Arbeitgeber