Fragebogen für Voll- und Teilzeitbeschäftigte

Versicherungs- u. lohnsteuerrechtliche Beurteilung

Persönliche Angaben des Arbeitnehmers (PFLICHTANGABEN):

Name, Vorname: _____

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

Familienstand: _____

Geburtsdatum: _____

Geburtsname: _____

Geburtsort: _____

Staatsangehörigkeit: _____

Anzahl der Kinder: ☐ **Geburtsurkunden oder anderer Nachweis zwingend notwendig!**

Rentenvers.-Nr. _____

Steuer-ID-Nr.*: IMMER elfstellig __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __

Steuerklasse: _____

Religion: _____ Kinderfreibetrag: _____

Bankverbindung: _

Krankenkasse (nicht Minijob-Zentrale) : _____

Art der Versicherung: ☐ gesetzlich (Regelfall) ☐ freiwillig gesetzlich ☐ Privat

- **wird keine Steuer-ID angegeben, muss nach Steuerklasse 6 abgerechnet werden, was zu sehr hohen Steuerabzügen führt**

Angaben zur Beschäftigung:

Beginn der Beschäftigung: _____

Tätigkeit: _____

Befristetes Arbeitsverhältnis: ☐ nein ☐ ja, bis: _____

Wöchentliche Arbeitszeit: _____

Verteilung der Arbeitszeit in Stunden

MO	DI	MI	DO	FR	SA	SO
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Stundenlohn: _____ Monatslohn/-gehalt: _____

Ich übe weitere Beschäftigungen aus (auch Minijobs): ☐ ja ☐ nein

Arbeitgeber Name/Ort	Seit	Std./Woche	Mtl. Entgelt

Jede Änderung im Hinblick auf weitere Beschäftigungen ist unverzüglich mitzuteilen!

Höchster Schulabschluss:

- ☐ ohne Abschluss
- ☐ Haupt-/ Volksschulabschluss
- ☐ Mittlere Reife/gleichwertiger Abschluss
- ☐ Abitur/Fachabitur

Höchster beruflicher Ausbildungsabschluss:

- ☐ ohne Abschluss
- ☐ Anerkannte Berufsausbildung
- ☐ Meister/Techniker/gleichwertiger Fachschulabschluss
- ☐ Bachelor
- ☐ Diplom/Magister/Master/Staatsexamen
- ☐ Promotion

Folgende Unterlagen liegen bei:	Folgende Unterlagen werden nachgereicht:
☐ Vertrag Vermögenswirksame Leistungen	☐ Vertrag Vermögenswirksame Leistungen
☐ *Vertrag betriebliche Altersvorsorge	☐ *Vertrag betriebliche Altersvorsorge
☐ Arbeitsvertrag	☐ Arbeitsvertrag

*die betriebliche Altersvorsorge kann erst abgerechnet werden, wenn die Unterlagen vollständig vorliegen und daraus ersichtlich ist wie der Gesamtbeitrag aufgeteilt wird.

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 Arbeitnehmer Unterschrift/Firmenstempel Arbeitgeber