

Arbeitgeber
(Firmenstempel)

MAD-Nummer

Personalfragebogen

Arbeitgeber (Name, Vorname/Firmenbezeichnung)
Seite 1 von 2

Stand: 01.01.2025

Vollständig auszufüllen und vom Arbeitnehmer zu unterschreiben.
Ein unvollständig ausgefüllter Personalfragebogen kann **nicht** bearbeitet werden.
Scannen und PDF mailen an lohn@luebke-stb.de

Name _____ Vorname _____

Geschlecht _____ Familienstand _____

Straße _____

PLZ, Ort _____

IBAN DE _____

Telefon/e-mail _____

Geburtsdatum _____._____._____ Geburtsname _____

Geburtsort _____ Geburtsland _____

Staatsangehörigkeit _____

Sozialversicherungsnummer _____
(Zum Abgleich)

Krankenkasse, **vollst.** Bezeichnung _____
(Bitte Mitgliedsbescheinigung/Versichertenkarte vorlegen.)

Steuerklasse _____ Religion _____

Persönliche Steuer- ID-(11 Stellen) _____
(ohne Steuer ID vom Finanzamt ist die Lohnsteuer nach Steuerklasse 6 einzubehalten)

Kinder, mit Geburtsdatum _____
(ohne Angabe sind vom Arbeitnehmer Zuschläge zur Pflegeversicherung in Höhe von 0,60% zu zahlen)

Weitere Kinder _____

beschäftigt ab, Datum _____

beschäftigt als _____
(Tätigkeits-/Berufsbezeichnung)

Stundenlohn _____ Euro, und/oder Festlohn/Gehalt _____ Euro

Wöchentliche Arbeitszeit _____ Stunden/Woche

Urlaubsanspruch / Jahr _____ Tage Urlaubsanspruch aktuelles Jahr _____ Tage

Arbeitgeber
(Firmenstempel)

MAD-Nummer

Personalfragebogen

Arbeitgeber (Name, Vorname/Firmenbezeichnung)
Seite 2 von 2

Stand: 01.01.2025

Berufsausbildung als / höchster Schulabschluss _____

Schwerbehinderung / Gleichstellung (in %) _____

Arbeitsurlaubnis gültig bis _____

Falls zutreffend, oder falls weitere Beschäftigung ausgeübt wird:

Status Schüler Hausfrau
 Student selbständig seit _____
 Rentner Arbeitnehmer bei _____
 arbeitslos (Hauptbeschäftigung)
 Arbeitslosengeld

Weitere Beschäftigungsverhältnisse bei anderem Arbeitgeber:

Wöchentl. Arbeitszeit _____ Std./Woche Stundenlohn / Festlohn _____ Euro

geringfügig kurzfristig

Firma _____ Firma _____

von/bis _____ von/bis _____

Entgelt/Mo. _____ Entgelt/Mo. _____

Arbeitszeit/Woche _____ Arbeitszeit/Woche _____

Für geringfügig Beschäftigte:

Ich zahle ergänzende Beiträge zur Rentenversicherung.

ja nein (Befreiungsantrag auszufüllen und zu unterschreiben!)

Ich versichere die Richtigkeit der Angaben. Jede Änderung, insbesondere die Aufnahme einer weiteren Beschäftigung werde ich unverzüglich mitteilen. Bei unwahren Angaben oder Verletzung meiner Anzeigepflicht habe ich die vom Sozialversicherungsträger nachgeforderten Beiträge zu erstatten. Dieser Personalfragebogen ist Bestandteil des Arbeitsvertrages.

Ort/Datum

Unterschrift Arbeitnehmer