

Personalfragebogen kurzfristige Beschäftigung/Saison

Mandantendaten:		
MD - Nummer:	MD - Name:	Beschäftigungsbeginn:

Persönliche Angaben:							
Name, Vorname:				Identifikationsnummer:			
Anschrift (Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort):							
IBAN (Angabe zwingend erforderlich):				Geschlecht:			
				männlich <input type="checkbox"/>	weiblich <input type="checkbox"/>	divers <input type="checkbox"/>	unbestimmt <input type="checkbox"/>
Geburtsdatum:	Geburtsname:	Geburtsort:		Rentenversicherungsnummer:			
Beschäftigt als:		Nationalität:		Steuerklasse:	Konfession:		
Krankenkasse, Ort:		Privat: <input type="checkbox"/>	Freiwillig: <input type="checkbox"/>	Pflicht: <input type="checkbox"/>	Familien: <input type="checkbox"/>	Schulbildung/Ausbildung:	
Besondere Vereinbarungen (z.B.: laut Betriebsvereinbarungen, Tarifvertrag etc.):							
Fälligkeit Arbeitsentgelt am:			Jährlicher Urlaubsanspruch in Tagen:				
<input type="checkbox"/> zum Monatsende			<input type="checkbox"/> zum 15. des Folgemonats				

Angaben über die Meldung als Arbeits- oder Ausbildungsuchender	
Sind Sie zu Beginn des Beschäftigungsverhältnisses beschäftigungslos und bei der Agentur für Arbeit arbeits- oder ausbildungssuchend gemeldet?	
<input type="checkbox"/> Ja, bei der Agentur für Arbeit in:	
<input type="checkbox"/> mit Leistungsbezug	<input type="checkbox"/> ohne Leistungsbezug
<input type="checkbox"/> Nein	

Status bei Beginn der Beschäftigung		
Arbeitnehmer(in)	<input type="checkbox"/> mit sozialversicherungspflichtiger Hauptbeschäftigung	<input type="checkbox"/> im unbezahlten Urlaub aufgrund der Hauptbeschäftigung
	<input type="checkbox"/> in Elternzeit aufgrund der Hauptbeschäftigung	
Altersvollrentner	<input type="checkbox"/> vor Erreichen der Regelaltersgrenze	
	<input type="checkbox"/> nach Erreichen der Regelaltersgrenze	
Schulentlassene(r) mit	<input type="checkbox"/> Berufsausbildungsabsicht	<input type="checkbox"/> Beschäftigungslose(r) / Arbeit-/Ausbildungssuchende(r)
	<input type="checkbox"/> Studienabsicht	
	<input type="checkbox"/> Freiwilligendienstabticht	<input type="checkbox"/> Beamtin/Beamter
<input type="checkbox"/> Selbstständige(r)	<input type="checkbox"/> Freiwilligendienstleistende(r)	<input type="checkbox"/> Praktikant
<input type="checkbox"/> Versorgungsempfänger nach Erreichen der Regelaltersgrenze	<input type="checkbox"/> Hausfrau/Hausmann	<input type="checkbox"/> Schüler/Student

Es wird folgende kurzfristige Beschäftigung vereinbart:											
Befristung vom _____ bis _____ Entgelt _____ € <input type="checkbox"/> mtl. <input type="checkbox"/> wö. <input type="checkbox"/> stdl.											
Beschäftigungsverhältnisse seit Jahresbeginn:											
Im Kalenderjahr habe ich:											
keine Beschäftigung <input type="checkbox"/> folgende Beschäftigungen <input type="checkbox"/>											
vom	bis	wö. Arb.-Zeit	Entgelt €	wö.	mtl.	Befristung	ja	nein			
_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/> Gleichzeitig übe ich folgende Beschäftigungen aus:											
vom	bis	wö. Arb.-Zeit	Entgelt €	wö.	mtl.	Arbeitgeber	Befristung				
_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	ja	nein			
_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

bitte beifügen:

Bei Schülern und Studenten: Schul- bzw. Immatrikulationsbescheinigung

Bei Behinderten: Kopie Behindertenausweis

Kopie der Mitgliedsbescheinigung der Krankenkasse

Bescheinigung A1 (Entsendung eines Arbeitnehmers in einen anderen Mitgliedsstaat)

Hiermit versichere ich, dass ich die Angaben nach bestem Gewissen beantwortet habe.
Für falsche oder nicht vollständige Angaben haftet der Arbeitnehmer!

Ort, Datum

Unterschrift Arbeitgeber

Unterschrift Arbeitnehmer

Der Arbeitnehmer ist damit einverstanden, dass der Arbeitgeber im Rahmen dieses Arbeitsverhältnisses seine personenbezogenen Daten erhebt, verarbeitet und nutzt. Die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung der Daten erfolgt zum Zwecke der Personalverwaltung des Arbeitnehmers.

Ort, Datum

Unterschrift Arbeitnehmer