

Firma: _____

Persönliche Angaben

Familienname ggf. Geburtsname		Vorname	Geburtsort, -land <small>bei fehlender Versicher.Nr.</small>
Straße und Hausnummer		PLZ, Ort	
Geburtsdatum	Telefon	Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> unbestimmt <input type="checkbox"/> divers	
Staatsangehörigkeit			
E-Mail Adresse	Verheiratet? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Behinderung <input type="checkbox"/> ja _____ % <input type="checkbox"/> nein	
Kontonummer (IBAN)		Bankleitzahl/ Bankbezeichnung (BIC)	
Kontoinhaber			



Beschäftigungszeitraum

Eintrittsdatum	befristet bis
----------------	---------------

Versicherung

Rentenversicherungsnummer gem. Sozialvers. Ausweis	Krankenkasse	SOKA-Bau Nummer
--	--------------	-----------------

Tätigkeit

Berufsbezeichnung		Mehrfachbeschäftigung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Hauptbeschäftigung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Höchster Schulabschluss	<input type="checkbox"/> ohne Schulabschluss <input type="checkbox"/> Haupt-/Volksschulabschluss <input type="checkbox"/> Mittlere Reife/gleichwertiger Abschluss <input type="checkbox"/> Abitur/Fachabitur	Höchster Berufsausbildung	<input type="checkbox"/> ohne berufl. Ausbildungsabschluss <input type="checkbox"/> anerkannte Berufsausbildung <input type="checkbox"/> Meister/Techniker/gleichw. Abschluss <input type="checkbox"/> Bachelor <input type="checkbox"/> Diplom/Magister/Master/Promotion

Entlohnung

Bruttogehalt	oder Stundenlohn	Wöchentliche Arbeitszeit _____ Std. <input type="checkbox"/> Vollzeit <input type="checkbox"/> Teilzeit <input type="checkbox"/> Minijob Urlaubsanspruch: _____ Tage
--------------	------------------	--

Fahrtkostenzuschuß für öffentliche Verkehrsmittel: Km einfache Entfernung Wohnung-Arbeit:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein (für Fahrtkostenerstattung)
--	--

Steuer

Steueridentifikationsnummer	Steuerklasse	Konfession	Kinderfreibeträge
-----------------------------	--------------	------------	-------------------

bitte Zusatzblatt "Erklärung zur Pflegeversicherung" ausfüllen

Andere

Ich übe bereits eine andere Tätigkeit aus Art der Tätigkeit _____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Verdienst der Tätigkeit: 1. _____ € 2. _____ €
Ich verpflichte mich Arbeitslohnänderungen SOFORT mitzuteilen.		

Erklärung des Arbeitnehmers:

Ich versichere, dass die vorstehenden Angaben der Wahrheit entsprechen. Ich verpflichte mich, meinem Arbeitgeber alle Änderungen, insbesondere in Bezug auf weitere Beschäftigungen unverzüglich mitzuteilen. Auf die Aufstockungsmöglichkeit der Rentenversicherungsbeiträge gem. §5 (2) S.2 SGB VI wurde verzichtet.

Datum

Unterschrift Arbeitnehmer

Beitragszuschlag zur Pflegeversicherung für Kinderlose Bestätigung für den Arbeitgeber

Der Gesetzgeber hat mit Wirkung ab 01.01.2005 einen Beitragszuschlag zur Pflegeversicherung eingeführt. Der Beitragszuschlag ist für kinderlose Arbeitnehmer ab Vollendung des 23. Lebensjahres zu zahlen. Kinderlose Arbeitnehmer, die vor dem 01.01.1940 geboren sind und Arbeitnehmer im Wehr-/Zivildienst werden von der Zuschlagspflicht ausgenommen. Der erhöhte Beitrag ist nicht zu zahlen, wenn die Elterneigenschaft nachgewiesen wird. Bereits ein einzelnes Kind löst bei beiden Elternteilen die Zuschlagsfreiheit aus. Eine Lebendgeburt ist ausreichend, die Zuschlagspflicht dauerhaft auszuschließen. Berücksichtigt werden auch Adoptiv-, Stief- und Pflegekinder.

Ich habe Kinder **ja** **nein**

Wer diese Bestätigung, dass er ein Kind hat, nicht erbringt, gilt bis zum Ablauf des Monats, in dem die Bestätigung vorliegt, als kinderlos und muss den Beitragszuschlag tragen. Erfolgt die Vorlage der Bestätigung innerhalb von drei Monaten nach der Geburt eines Kindes, gilt die Bestätigung mit Beginn des Monats, der dem Monat folgt, in dem die Bestätigung erbracht wird.

Ich bestätige hiermit die Richtigkeit der Angaben:

Name des Arbeitnehmers

Ort, Datum

Unterschrift Arbeitnehmer