

## Personalfragebogen für Aushilfskräfte

Dieser Fragebogen ersetzt keinen schriftlichen Arbeitsvertrag,  
der den Voraussetzungen des Nachweisgesetzes genügt.

Stand: März 2025

Kanzlei Endres

Marienstraße 11

96050 Bamberg

Telefon: 0951 / 980110

E-Mail: info@kanzlei-endres.eu

Arbeitgeber: \_\_\_\_\_

Personalnummer: \_\_\_\_\_

Dieser Fragebogen dient der Vorerfassung von Personaldaten für das DATEV-Lohnabrechnungsprogramm.

Zur Wahrung der Aufbewahrungsfrist wird der ausgefüllte Personalfragebogen vom Arbeitgeber bzw. der Lohnabrechnenden Stelle gespeichert.

### Persönliche Angaben

Familienname		Vorname	
Straße und Hausnummer		Postleitzahl und Ort	
Telefon- bzw. Handynummer		E-Mail-Adresse	
Geburtsdatum	Geburtsort	Geburtsland	Geburtsname
Staatsangehörigkeit	Schwer- behinderung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> divers <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> unbestimmt	
Sozialversicherungsnummer		Mitgliedsnummer (für Sozialkasse Bau oder Apothekerkammer)	
IBAN		BIC	

### Beschäftigung

Eintrittsdatum	Ersteintrittsdatum	Betriebsstätte	
Berufsbezeichnung		Ausgeübte Tätigkeit	
Höchster Schulabschluss <input type="checkbox"/> ohne Schulabschluss <input type="checkbox"/> Haupt-/Volksschulabschluss <input type="checkbox"/> mittlere Reife/gleichwertiger Abschluss <input type="checkbox"/> Abitur/Fachabitur		Höchste Berufsausbildung <input type="checkbox"/> ohne beruflichen Ausbildungsabschluss <input type="checkbox"/> anerkannte Berufsausbildung <input type="checkbox"/> Meister/Techniker/Gleichwertiges <input type="checkbox"/> Bachelor <input type="checkbox"/> Diplom/Magister/Master/Staatsexamen <input type="checkbox"/> Promotion	
Wöchentliche Arbeitszeit <input type="checkbox"/> Vollzeit <input type="checkbox"/> Teilzeit	Verteilung in Stunden Mo___ Di___ Mi___ Do___ Fr___ Sa___ So___	Urlaubsanspruch _____ Tage	
Bei tarifvertraglicher Entlohnung: Berufsjahr bei Beginn der Beschäftigung			
Vertragsform <input type="checkbox"/> unbefristet in Vollzeit <input type="checkbox"/> befristet in Vollzeit <input type="checkbox"/> unbefristet in Teilzeit <input type="checkbox"/> befristet in Teilzeit			

### Befristung

<input type="checkbox"/> befristet <input type="checkbox"/> nicht befristet <input type="checkbox"/> zweckbefristet	Befristung des Arbeitsvertrags bis zum
Schriftlicher Abschluss des befristeten Arbeitsvertrags <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Abschluss des befristeten Arbeitsvertrags am:

Die befristete Beschäftigung ist für mindestens zwei Monate vorgesehen, mit Aussicht auf Weiterbeschäftigung	<input type="checkbox"/> ja
	<input type="checkbox"/> nein

## Status bei Beginn der Beschäftigung

<input type="checkbox"/> Arbeitnehmer/-in	<input type="checkbox"/> Schüler/-in	<input type="checkbox"/> Studienbewerber/-in
<input type="checkbox"/> Arbeitnehmer/-in in Elternzeit	<input type="checkbox"/> schulentlassen	<input type="checkbox"/> Wehr-/Zivildienstleistender
<input type="checkbox"/> arbeitslos	<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> Pensionär/-in
<input type="checkbox"/> Beamtin/Beamter	<input type="checkbox"/> Student/-in	<input type="checkbox"/> Rentner/-in
<input type="checkbox"/> Hausfrau/Hausmann	<input type="checkbox"/> Sozialhilfeempfänger/-in	Rentengrund: _____

## Steuerliche Informationen

Steuer-ID	Steuerklasse / Faktor	Kinderfreibeträge	Konfession
Pauschalierung <input type="checkbox"/> 2% <input type="checkbox"/> 20%	Abwälzung an Arbeitnehmer/-in <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		

## Sozialversicherung

Sind Sie gesetzlich krankenversichert?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	wenn nein, Art <input type="checkbox"/> pflicht-/familienversichert <input type="checkbox"/> freiwillig versichert	<input type="checkbox"/> private KV
Name und Ort der Krankenkasse	Bei geringfügig Beschäftigten: Ich beantrage die Befreiung von der Rentenversicherungspflicht (Antrag liegt bei) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		

## Entlohnung

Bezeichnung	Betrag	Gültig ab	Stundenlohn	Gültig ab
-------------	--------	-----------	-------------	-----------

## Angaben zu weiteren Beschäftigungen (bei kurzfristig Beschäftigten auch Angabe zu Beschäftigung aus Vorjahr)

Zeitraum	Arbeitgeber	Art der Tätigkeit <input type="checkbox"/> geringfügig <input type="checkbox"/> nicht geringfügig	<input type="checkbox"/> kurzfristig	Wö. Arbeitszeit
Zeitraum	Arbeitgeber	Art der Tätigkeit <input type="checkbox"/> geringfügig <input type="checkbox"/> nicht geringfügig	<input type="checkbox"/> kurzfristig	Wö. Arbeitszeit
Ergibt die Zusammenrechnung der monatlichen Arbeitsentgelte mehr als 556,00€?		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (Hinweis für AG: SV-rechtliche Beurteilung prüfen)		

## Angaben zu Arbeitspapieren

Arbeitsvertrag	<input type="checkbox"/> liegt bei
Sozialversicherungsausweis	<input type="checkbox"/> Kopie liegt bei
Vertrag über vermögenswirksame Leistungen / Altersvorsorgevertrag	<input type="checkbox"/> liegt bei
Nachweis Elterneigenschaft	<input type="checkbox"/> liegt bei
Unterlagen Sozialkasse Bau / Maler, Apothekerversorgung	<input type="checkbox"/> liegt bei

## 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 inklusive Art, Dauer und Entgelt unverzüglich mitzuteilen. Sollte durch unrichtige Angaben finanzieller Schaden entstehen, so werde ich dafür haften und eintreten.

Datum

Unterschrift Arbeitnehmer / gesetzlicher Vertreter

Unterschrift Arbeitgeber