



**Personalbogen für geringfügig Beschäftigte
gem. § 8 Abs. 1 Nr. 1 SGB IV**

I. Einleitung des Arbeitgebers

Firma: _____

Straße, Hausnummer: _____

PLZ, Ort: _____

Sehr geehrte Bewerberin, sehr geehrter Bewerber,

anliegend erhalten Sie den Personalfragebogen der Kanzlei bolwindokters mit der Bitte, diesen umgehend, spätestens ein Woche vor Arbeitsbeginn an uns, zurückzugeben. Ein Arbeitsverhältnis wird hierdurch noch nicht begründet sondern bleibt einem gesonderten Akt nach Abgabe des Bogens vorbehalten.

Der Fragebogen dient unter anderem zur Feststellung des Vorliegens der gesetzlichen Voraussetzungen einer geringfügigen Beschäftigung. Bitte füllen Sie ihn in Ruhe aus und beantworten Sie alle Fragen wahrheitsgemäß. Dies ist auch in Ihrem Interesse. Sie sind zur wahrheitsgemäßen Beantwortung gem. § 280 Sozialgesetzbuch IV (SGB IV) verpflichtet. Falsche oder unvollständige Antworten können Schadensersatzverpflichtungen begründen und für Sie nachteilige finanzielle Konsequenzen haben.

Im Übrigen ist dieser Bogen die Voraussetzung zur Erfassung Ihrer Daten zur Erstellung einer Lohnabrechnung und daher logische Voraussetzung, um Ihnen zustehendes Entgelt auch auszahlen zu können.

Mit freundlichen Grüßen



II. Angaben des Bewerbers / Arbeitnehmers

1. Angaben zur Person

Name:	
Vorname:	
Titel:	
Strasse, Hausnummer:	
PLZ, Ort:	
Tel. Festnetz:	
Tel. Handy:	
E-Mail-Adresse:	
Geburtsdatum:	
Geburtsort:	
Geburtsname:	
Geschlecht:	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> W
Nationalität:	<input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/> EU:..... <input type="checkbox"/> sonstige (Arbeitsbescheinigung anbei!) Anlage: Ausweiskopie
SV-Nummer:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> T <input type="text"/> T <input type="text"/> M <input type="text"/> M <input type="text"/> J <input type="text"/> J <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Steuer-ID:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Krankenversicherung:	<input type="checkbox"/> Familienvers. <input type="checkbox"/> ges. KV <input type="checkbox"/> private KV
Name der Krankenkasse:	
höchster allgemeinbildender Schulabschluss:	<input type="checkbox"/> ohne Schulabschluss <input type="checkbox"/> Haupt-/Volksschulabschluss <input type="checkbox"/> mittlere Reife oder gleichwertiger Abschluss <input type="checkbox"/> Abitur/Fachabitur
höchster beruflicher Ausbildungsabschluss:	<input type="checkbox"/> ohne Ausbildung <input type="checkbox"/> Abschluss einer anerkannten Berufsausbildung <input type="checkbox"/> Meister-/Techniker- gleichw. Fachschulabschluss <input type="checkbox"/> Bachelor <input type="checkbox"/> Diplom/Magister/Master/Staatsexamen <input type="checkbox"/> Promotion
Besondere Fortbildung:	
Führerschein:	
Kontonummer:	



Bankleitzahl:	
Kreditinstitut:	
Weitere Beschäftigungen:	<input type="checkbox"/> Ich übe neben diesem Beschäftigungsverhältnis keine weitere Beschäftigung gegen Arbeitsentgelt aus. <input type="checkbox"/> Ich übe eine weitere <u>geringfügige</u> Beschäftigungen aus (bitte angeben: Arbeitgeber, mtl. Entgelt): <hr/> <hr/> <input type="checkbox"/> Ich übe eine <u>sozialversicherungspflichtige</u> Beschäftigungen aus (bitte angeben: Arbeitgeber, mtl. Entgelt): <hr/> <hr/>
Status bei Beginn der Beschäftigung:	<input type="checkbox"/> Schüler(in) <input type="checkbox"/> Student(in) <input type="checkbox"/> Schulentlassene(r) <input type="checkbox"/> Studienbewerber(in) <input type="checkbox"/> Wehr-/Zivildienstleistender <input type="checkbox"/> Beamtin/Beamter <input type="checkbox"/> Selbstständige(r) <input type="checkbox"/> ALG I-Bezieher(in) <input type="checkbox"/> ALG II-Bezieher(in) <input type="checkbox"/> Arbeitnehmer(in) in Elternzeit <input type="checkbox"/> Arbeitnehmer(in) im unbezahlten Urlaub <input type="checkbox"/> Arbeitnehmer(in) <input type="checkbox"/> Hausfrau/-mann <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____
Schwerbehinderung	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, zu %: Anlage: Schwerbehindertenausweis
Liegt eine Krankheit oder Beeinträchtigung des Gesundheitszustandes vor, durch die die Eignung für die vorgesehene Tätigkeit auf Dauer oder in periodisch wiederkehrenden Abständen eingeschränkt ist?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja:
Liegen ansteckende Krankheiten vor, die zwar nicht die Leistungsfähigkeit beeinträchtigen, jedoch die zukünftigen Arbeitskollegen und Kunden gefährden?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja:



IV. Arbeitgeberangaben für die Lohnabrechnungsstelle

1. Die Arbeitnehmerin/der Arbeitnehmer wird eingestellt als: _____
(Tätigkeitsbeschreibung)

2. Das Arbeitsverhältnis beginnt am: _____

3. Das Arbeitsverhältnis ist befristet bis: _____ [] keine Befristung

4. [] Auf uns findet folgender allgemein verbindlicher Tarifvertrag Anwendung:

oder

[] folgender Tarifvertrag findet sonstige Anwendung:

oder

[] es findet kein Tarifvertrag Anwendung.

5. Die Vergütung erfolgt:

[] als Festvergütung iHv _____ € p.m. bei _____ Wochenstunden

oder

[] als variable Vergütung bei einem Stundenlohn von _____ €, im ersten Monat werden voraussichtlich verdient: _____ €

6. [] Die pauschale Lohnsteuer (2 Prozent) wird vom Arbeitgeber getragen.

oder

[] Der Arbeitnehmer entrichtet Lohnsteuer gem. anliegender LSt-Karte.

7. [] Der Arbeitsvertrag wurde bereits geschlossen, **Anlage Arbeitsvertrag.**

oder

[] Noch kein schriftlicher Arbeitsvertrag, anwaltliche Hilfe wird aber nicht benötigt. Das Nachweisgesetz ist uns bekannt. Auf weitere Beratung wird aus Kostengründen verzichtet.

oder

[] Wir wünschen zusätzliche, individuelle anwaltliche Beratung.



Per Post an:

**bolwindokters [Steuerberater
· Rechtsanwälte · Wirtschaftsprüfer]**
- Lohnbuchhaltung -
Erzweg 2
48282 Emsdetten

Checkliste:

Alle Angaben vollständig?

Alle Anlagen (incl. Arbeitsvertrag) vorhanden?

-