

Personalfragebogen

Angestellte Ärzte

DÜNOW

Steuerberatungsgesellschaft

Firma:

Persönliche Angaben:

Familiename ggf. Geburtsname:		Vorname:	
Straße und Hausnummer inkl. Anschriftenzusatz:		PLZ, Ort:	
Geburtsdatum:	Geschlecht: <input type="checkbox"/> Männlich <input type="checkbox"/> Weiblich <input type="checkbox"/> divers		
Rentenversicherungsnummer:		Familienstand:	
Geburtsort, -land		IBAN	
Staatsangehörigkeit			

Steuer:

Identifikations-Nr.:	Steuerklasse/Faktor:	Kinderfreibeträge:	Konfession:
----------------------	----------------------	--------------------	-------------

Beschäftigung:

Eintrittsdatum:		Berufsbezeichnung:						
<input type="checkbox"/> Hauptbeschäftigung		<input type="checkbox"/> Nebenbeschäftigung						
Üben Sie weitere Beschäftigungen aus?		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Bei ja: monatliche Entlohnung				
Handelt es sich hierbei um eine geringfügige Beschäftigung?		<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		Höchste Berufsausbildung: <input type="checkbox"/> Ohne beruflichen Ausbildungsabschluss <input type="checkbox"/> Anerkannte Berufsausbildung <input type="checkbox"/> Meister/Techniker/gleichwertige Fachschulabschluss <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 der wöchentlichen Arbeitszeit (Std.):				Urlaubsanspruch (Kalenderjahr):			
	Gesamt	Mo	Di	Mi		Do	Fr	Sa

Personalfragebogen

Angestellte Ärzte

DÜNOW

Steuerberatungsgesellschaft

Firma:

Befristung:

<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Bei ja bitte genauen Datumszeitraum angeben:	

Sozialversicherung:

Krankenversicherung:	<input type="checkbox"/> Gesetzlich	<input type="checkbox"/> Privat
Name der Krankenkasse / private Versicherung:		
Selbstzahler:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Bei ja: Bitte die Höhe der monatlichen Beiträge angeben		
Name der letzten gesetzlichen Krankenversicherung: (nur ausfüllen bei privater Krankenversicherung)		
Versorgungswerk:		
Mitgliedsnummer Versorgungswerk:		
Selbstzahler:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Bitte den Bescheid zur Befreiung der Deutschen Rentenversicherung beifügen		
Elterneigenschaft	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Bei ja: Bitte Anlage „Nachweis der Elterneigenschaften“ ausfüllen auch, wenn die Kinder über 25 Jahre alt sind und/oder kein Kindergeld bezogen wird.		

Entlohnung:

Betrag/Stundenlohn:

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 (in Bezug auf Art, Dauer und Entgelt) unverzüglich mitzuteilen.

Datum

Unterschrift / Arbeitnehmer

Nachweis der Elterneigenschaft

Firma:

Firmenname:	
Adresse:	

Persönliche Angaben Arbeitnehmer:

Familiennamen ggf. Geburtsname:	Vorname:
Straße/Hausnummer inkl. Anschriftenzusatz:	PLZ, Ort:

Mit den nachfolgenden Angaben weise ich meine Elternschaft für folgende Kinder nach:

	Vorname	Familiennamen	Geburtsdatum
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			

Datum:

Unterschrift Arbeitnehmer