

Meldeformular Mitarbeiterereintritt



Firmenname: _____ Kunden Nr.: _____

Ansprechpartner: _____

Daten zur Person

(bitte in Druckschrift ausfüllen)

Geschlecht: w m d Personal Nr.: _____

Nachname: _____

Vorname: _____

Straße/Hausnummer: _____

PLZ/Ort: _____

Geburtsdatum: _____ Geburtsort/-land: _____
(Pflichtangabe bei fehlender SV-Nr.)

Staatsangehörigkeit: _____ Geburtsname: _____
(Pflichtangabe bei fehlender SV-Nr.)

Familienstand: ledig verheiratet oder _____

Elterneigenschaft: liegt vor liegt nicht vor Anzahl der Kinder: _____

Schwerbehindert: nein ja (bitte eine Kopie des Schwerbehindertenausweises beifügen)

Schulbildung: ohne Schulabschluss Mittlere Reife oder gleichwertiger Abschluss unbekannt
 Volks-/Hauptschule Abitur/Fachabitur

Berufsbildung: ohne beruflichen Abschluss Abschluss einer anerkannten Berufsausbildung Meister, Techniker oder gleichwertiger Fachschulabschluss Bachelor
 Promotion Diplom/Magister/Master/ Staatsexamen unbekannt

Angaben zum Beschäftigungsverhältnis

Beschäftigungsart: Vollzeit Teilzeit geringfügig entlohnte Beschäftigung (Minijob)

Tätigkeit: _____

Eintrittsdatum: _____ Austrittsdatum: _____

Kündigungsfrist: gesetzlich andere (bitte angeben) _____

Abteilung: _____ Kostenstelle: _____

SOKA-Arbeitnehmer-Nr.: _____
(nur Baugewerbe)

Lohn- und Gehaltsangaben

Fixgehalt pro Monat: _____ Stundenlohn: _____

Tarifgruppe: _____ Leistungszulage: _____

Wochenarbeitszeit: _____ Abschlagszahlung (monatlich fest) _____

Jahresurlaub: _____ Urlaubsanspruch: _____
(anteilig für das Eintrittsjahr)

Lohnsteuer / Berufsgenossenschaft

Steueridentifikationsnr.: _____

Steuerklasse: I II III IV V VI Konfession: _____ Faktor: _____

Kinderfreibetrag: _____ Steuerfreibetrag: _____
(monatlich) (jährlich)

Berufsgenossenschaft: _____ Gefahrentarif: _____

Befristung

Befristet: ja nein

Befristung Arbeitsvertrag zum: _____

Abschluss Arbeitsvertrag am: _____

Firma

Daten zur Person

Lohn- und Gehaltsangaben

Steuer / BG

Befristung

Meldeformular Mitarbeitereintritt



Firmenname: _____ Kunden Nr.: _____

Name, Vorname: _____

Sozialversicherung

Krankenkasse: _____ **letzte gesetzliche KV**
(mit Sitz) (bei privater Versicherung)

Sozialversicherungsnr.: _____

Versicherungsart: gesetzlich (Familien-)krankenversichert freiwillig privat nicht versichert

Mehrfachbeschäftigung: nein ja, bei: _____
geringfügige Nebenbeschäftigung sozialversicherungspflichtige Nebenbeschäftigung
(bis 450,00 EUR) (ab 450,01 EUR)

Arbeitnehmer-Status: ja nein prozentualer Anteil an der Gesellschaft: _____

Versorgungswerk _____ Mitgliedsnummer: _____
(Versorgungswerk)

Bankverbindung

Auszahlungsart: Barauszahlung Überweisung (bei Überweisung ist die Angabe einer Bankverbindung erforderlich)

IBAN: _____

BIC: _____

Vermögenswirksame Leistungen (VwL) – Bitte fügen Sie eine Vertragskopie bei

Vertragsnummer: _____ monatliche Rate: _____ Arbeitgeberzuschuss: _____

VwL-Empfänger: _____

IBAN: _____

BIC: _____

Direktversicherung – Bitte fügen Sie eine Vertragskopie bei

Direktversicherung: _____ Beitragshöhe: _____

Pauschale Steuer trägt: Arbeitgeber Arbeitnehmer

Zahlung erfolgt: monatlich ½ jährlich jährlich

IBAN: _____

BIC: _____

Firmenwagen

PKW Bruttolistenpreis: _____

Entfernungskilometer zwischen Wohnung und Arbeitsstätte: _____

Beigefügte Unterlagen (bitte übersenden Sie uns keine Originale)

Arbeitsvertrag	Mitgliedsbescheinigung Krankenkasse	VwL-Vertrag	Vertrag Betriebliche Altersversorgung
letzter Entgeltnachweis	Bescheinigung zur privaten Krankenversicherung	Nachweis Elterneigenschaft	Schwerbehindertenausweis

Anmerkungen

Datum: _____

Unterschrift Personalsachbearbeiter: _____

Firma

Sozialversicherung

Bankverbindung

VwL

Direktversicherung

Firmenwagen

Beigefügte
Unterlagen

Anmerkungen