

Arbeitgeber:

Name des Mitarbeiters:

Personalnummer:

Bitte vollständig ausfüllen, anderenfalls ist eine Abrechnung nicht möglich.

Persönliche Angaben

Familienname ggf. Geburtsname		Vorname	
Straße und Hausnummer inkl. Anschriftenzusatz		PLZ, Ort	
Geburtsdatum		Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	
Sozialversicherungsnummer		Familienstand	Anzahl Kinder (Kopie Geb.-Urkunde)
Identifikationsnummer	Steuerklasse	Konfession	
Geburtsort, -land.		Schwerbehindert (Kopie Ausweis)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Staatsangehörigkeit		Arbeitnehmernummer Sozialkasse-Bau	
IBAN		Bankbezeichnung	
BIC			

Beschäftigung

Eintrittsdatum		Austrittsdatum	
Art des Praktikums		Betriebsstätte / Kostenstelle	
Gehalt	Stundelohn	Ohne Arbeitsentgelt <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> vorgeschriebenes Praktikum <input type="checkbox"/> nicht vorgeschriebenes Praktikum		<input type="checkbox"/> Vorpraktikum <input type="checkbox"/> Zwischenpraktikum <input type="checkbox"/> Nachpraktikum	
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/gleichwertiger Fachschulabschluss <input type="checkbox"/> Bachelor <input type="checkbox"/> Diplom/Magister/Master/Staatsexamen <input type="checkbox"/> Promotion	
Wöchentliche Arbeitszeit insgesamt			
Aufteilung Arbeitszeit mit genauer Stundenangabe			
<input type="checkbox"/> Mo Std.	<input type="checkbox"/> Di Std.	<input type="checkbox"/> Mi Std.	<input type="checkbox"/> Do Std.
<input type="checkbox"/> Fr Std.	<input type="checkbox"/> Sa Std.	<input type="checkbox"/> So Std.	

Arbeitgeber:

Name des Mitarbeiters:

Personalnummer:

Status bei Beginn der Beschäftigung

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Schüler/in | <input type="checkbox"/> Student/in | <input type="checkbox"/> Wehr-/Zivildienstleistender |
| <input type="checkbox"/> Schulentlassene/r | <input type="checkbox"/> Studienbewerber/in | <input type="checkbox"/> Sonstige: |

Sozialversicherung

Krankenversicherung
 Gesetzlich Privat

Name Versicherung

Angaben zu den Arbeitspapieren (in Kopie)

Immatrikulationsbescheinigung (bitte fortlaufend einreichen!)	<input type="checkbox"/> liegt vor
Mitgliedsbescheinigung Krankenkasse	<input type="checkbox"/> liegt vor
Bescheinigung der privaten Krankenversicherung	<input type="checkbox"/> liegt vor
Kopie Geburtsurkunde Kind(er)	<input type="checkbox"/> liegt vor
Schwerbehindertenausweis	<input type="checkbox"/> liegt vor

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

Datum

Bei Minderjährigen Unterschrift des
gesetzlichen Vertreters

Datum

Unterschrift Arbeitgeber