

V Personalstammblatt



BRAUN RENNER PARTNER
STEUERBERATER

für versicherungspflichtig beschäftigte Arbeitnehmer
(grau hinterlegte Felder sind vom Arbeitgeber auszufüllen)

Firma: _____
(Stempel bzw. vollständige Anschrift des Arbeitgebers)

Name des Mitarbeiters _____ Personalnummer _____

Persönliche Angaben

Familienname ggf. Geburtsname	Vorname		
Straße und Hausnummer inkl. Anschriftenzusatz	PLZ, Ort		
Geburtsdatum	Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers <input type="checkbox"/> unbestimmt		
Versicherungsnummer gem. Sozialversicherungsausweis	Familienstand		
Geburtsort, -land -	Schwer- behindert <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Staatsangehörigkeit	Arbeitnehmernummer Sozialkasse - Bau		
IBAN	BIC	<input type="checkbox"/> Barzahlung <input type="checkbox"/> Überweisung	

Beschäftigung

Eintrittsdatum	Ersteintrittsdatum	Betriebsstätte	
Ausgeübte Tätigkeit		Erlernter Beruf	
<input type="checkbox"/> Hauptbeschäftigung <input type="checkbox"/> Nebenbeschäftigung		Üben Sie weitere Beschäftigungen aus? <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/gleichwertiger Fachschulabschluss <input type="checkbox"/> Bachelor <input type="checkbox"/> Diplom/Magister/ Master/Staatsexamen <input type="checkbox"/> Promotion
Verwandtschaftsverhältnis zum Arbeitgeber (z.B.: Ehegatte o. Lebenspartner, Geschwister, (Enkel-)Kind, Elternteil, Onkel, Tante) <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____			
<input type="checkbox"/> Vollzeit <input type="checkbox"/> Teilzeit	Verteilung der wöchentlichen Arbeitszeit (Std.) Mo_____ Di_____ Mi_____ Do_____	Pausenzeiten:	
	Fr_____ Sa_____ So_____ Ges. _____	Urlaubsanspruch : (Kalenderjahr)	

Befristung

<input type="checkbox"/> Das Arbeitsverhältnis ist befristet	Befristung Arbeitsvertrag zum:
<input type="checkbox"/> Das Arbeitsverhältnis ist zweckbefristet	
<input type="checkbox"/> Schriftlicher Abschluss des befristeten Arbeitsvertrages	Abschluss Arbeitsvertrag am:
<input type="checkbox"/> befristete Beschäftigung ist für mindestens 2 Monate vorgesehen, mit Aussicht auf Weiterbeschäftigung	

V Personalstammblatt



BRAUN RENNER PARTNER
STEUERBERATER

für versicherungspflichtig beschäftigte Arbeitnehmer
(grau hinterlegte Felder sind vom Arbeitgeber auszufüllen)

Firma: _____

Name des Mitarbeiters

Personalnummer

Steuer

Identifikationsnummer	Steuerklasse/Faktor	Kinderfreibeträge	Konfession
-----------------------	---------------------	-------------------	------------

Sozialversicherung

Gesetzl. Krankenkasse (bei PKV: letzte ges. Krankenkasse)	Elterneigenschaft	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
---	-------------------	-----------------------------	-------------------------------

Entlohnung

Stundenlohn	_____ Euro
Gehalt	_____ Euro
Fällig am	_____ des Monats _____ des Folgemonats

VWL - nur notwendig, wenn Vertrag vorliegt

Empfänger VWL	Betrag	AG-Anteil (Höhe mtl.)
	Seit wann	Vertragsnummer
IBAN	BIC/Kreditinstitut	

Betriebliche Altersvorsorge - nur notwendig, wenn Vertrag vorliegt

Vertragsbeginn: _____ Institut/Versicherungsträger: _____

Datum der Versorgungszusage: _____

- Pensionsfonds
 Pensionskasse
 Direktversicherung
 Direktzusage
 Unterstützungskasse

Betrag Arbeitgeberanteil: _____ Betrag Arbeitnehmeranteil: _____

Bitte Police einreichen!

Angaben zu den Arbeitspapieren

Arbeitsvertrag	<input type="checkbox"/> liegt vor
Bescheinigung zur privaten Krankenversicherung	<input type="checkbox"/> liegt vor
VWL Vertrag	<input type="checkbox"/> liegt vor
Nachweis Elterneigenschaft	<input type="checkbox"/> liegt vor
Vertrag Betriebliche Altersversorgung	<input type="checkbox"/> liegt vor
Schwerbehindertenausweis	<input type="checkbox"/> liegt vor
Unterlagen Sozialkasse Bau/Maler	<input type="checkbox"/> liegt vor
Sonstiges: _____	<input type="checkbox"/> liegt vor

V Personalstammblatt

für versicherungspflichtig beschäftigte Arbeitnehmer
(grau hinterlegte Felder sind vom Arbeitgeber auszufüllen)



BRAUN RENNER PARTNER
STEUERBERATER

Firma: _____

Name des Mitarbeiters

Personalnummer

Einverständniserklärung

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass meine persönlichen Daten an die lohnabrechnende Stelle (Steuerberater) weitergeleitet und dort verarbeitet werden.

Datum

Unterschrift Arbeitnehmer

Widerspruch BEA (Bescheinigungen elektronisch annehmen)

Mein Arbeitgeber übermittelt bei Bedarf Bescheinigungen elektronisch und hat mich hierüber informiert (zurzeit nur an die Bundesagentur für Arbeit möglich).

Hiermit widerspreche ich der elektronischen Übermittlung meiner Daten.

ja, bei Bedarf fordere ich eine Bescheinigung in Papierform an

nein

Datum

Unterschrift Arbeitnehmer

Nutzungserklärung für „Arbeitnehmer online“

Ich möchte „Arbeitnehmer online“ nutzen, das Mitarbeiterportal für die digitale Zusammenarbeit und meine Lohnabrechnung sowie die Meldungen zur Sozialversicherung und ggf. die Lohnsteuerbescheinigung dort selbst abrufen.

ja, ab _____
M M J J

nein

Die zusätzlichen Informationen zur Funktionsweise und Datensicherheit unter www.datev.de/ano habe ich gelesen. Mir ist bewusst, dass keine zusätzliche Zustellung der oben genannten Auswertungen seitens des Arbeitgebers erfolgt. Spätestens bei Beendigung dieses Beschäftigungsverhältnisses werde ich alle bis dahin bereitgestellten Dokumente sichern, da sie danach durch diesen Arbeitgeber gesperrt werden.

Datum

Unterschrift Arbeitnehmer

Erklärung des Arbeitnehmers: Ich versichere, dass die vorstehenden Angaben der Wahrheit entsprechen. Ich verpflichte mich, meinem Arbeitgeber alle Änderungen, insbesondere weitere Beschäftigungen (in Bezug auf Art, Dauer und Entgelt) unverzüglich mitzuteilen. Mir ist bekannt, dass ich für unzutreffende bzw. unterlassende Angaben persönlich in Haftung genommen werden kann! Entsteht durch eine unterlassende oder verspätete Mitteilung dem Arbeitgeber ein materieller Schaden, verpflichte ich mich zum Ersatz dieses Schadens. Ich verzichte ausdrücklich auf die Anwendung gesetzlicher Ausschlussfristen im Zusammenhang mit nachträglich entstandenen Verpflichtungen des Arbeitgebers zur Zahlung von Beiträgen zur Kranken-, Pflege-, Renten- und Arbeitslosenversicherung.

Datum

Unterschrift Arbeitnehmer

Datum

Unterschrift Arbeitgeber