Neueinstellung Mitarbeiter

**Firma / Praxis**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Firma: | | | | | |  | | | | |
| Straße: | | | | | |  | | | | |
| PLZ/Ort: | | | | | |  | | | | |
| **Arbeitnehmer** | | | | | | | | | | |
| Familienname: | | | | |  | | | | | |
| Vorname: | | | | |  | | | | | |
| Anschrift: | | | | |  | | | | | |
| Geburtsdatum: | | | | |  | | | | | |
| Steueridentifikationsnummer: | | | | |  | | | | | |
| Sozialversicherungsnummer: | | | | |  | | | | | |
| Arbeitnehmernummer Sozialkasse Bau: | | | | |  | | | | | |
| IBAN des Arbeitnehmers: | | | | |  | | | | | |
| BIC: | | | | | Kreditinstitut: | | | | | |
| Staatsangehörigkeit: | | | | |  | | | | | |
| Familienstand: | | | | |  | | | | | |
| Kind: | | | | | Ja  Nein | | | | | |
| Schwerbehindert: | | | | | Ja  Nein | | | | | |
| **Wenn keine Sozialversicherungsnummer angegeben werden kann** | | | | | | | | | | |
| Geburtsname: | | | Geburtsort, -land: | | | | | | | |
| Geschlecht: | | | männlich  weiblich | | | | | | | |
| **Sozialversicherung** | | | | | | | | | | |
| Beginn der Beschäftigung: | | | | | | | | | | |
| Voraussichtliches Ende der Berufsausbildung: | | | | | | | | | | |
| Berufsbezeichnung: | | | | | | | | | | |
| Hauptbeschäftigung | | | | Nebenbeschäftigung | | | | | | |
| Üben Sie weitere Beschäftigungen aus? | | | | ja  nein | | | | | | |
| Personengruppe: | Sozialversicherungspflichtige/r Beschäftigte/r ohne besondere Merkmale  Auszubildende/r  Praktikant  Andere Personengruppe | | | | | | | | | |
| Befristung: | keine Befristung  Das Arbeitsverhältnis ist befristet  Das Arbeitsverhältnis war bei Abschluss des  Arbeitsvertrages befristet zum  Der befristete Arbeitsvertrag wurde schriftlich geschlossen  Abschluss Arbeitsvertrag am  Die befristete Beschäftigung ist für mindestens 2 Monate  vorgesehen und eine Möglichkeit der Weiterbeschäftigung  wurde durch den Arbeitgeber bei Abschluss des Vertrages in  Aussicht gestellt. | | | | | | | | | |
| Krankenkasse: |  | | | | | | | | | |
| Private  Kranken-versicherung: | voraussichtl. Überschreiten  Jahresarbeitsentgeltgrenze:  Zuschuss durch Arbeitgeber:  Firmenzahler: | | | | | | | | Jahresbruttoverdienst höher als 49.500 EUR  Ja  Nein  Ja  Nein  Ja  Nein | |
| Monatl. Beitragsanteil für Basiskrankenver-  sicherungsschutz:  (Bitte Bescheinigung der Krankenkasse beifügen) | | | | | | | | |  | |
|  | | | | | | | | | | |
| Schul-/Ausbildungsabschluss: **Höchster allgemeinbildender Schulabschluss:**  ohne Schulabschluss  Haupt-/Volkschulabschluss  Mittlere Reife oder gleichwertig  Abitur/Fachabitur  Abschluss unbekannt  **Höchster beruflicher Ausbildungsabschluss:**  ohne beruflichen Ausbildungsabschluss  Abschluss einer anerkannten Berufsausbildung  Meister/ Techniker oder gleichwertig  Bachelor  Diplom/Magister/Master/Staatsexamen  Promotion  Abschluss unbekannt | | | | | | | | | | |
| **Steuer** | | | | | | | | | | |
| Gemeindeschlüssel AGS: | |  | | | | | | | | |
| Finanzamt: | |  | | | | | | | | Finanzamt-Nummer: |
| Steuerklasse/Faktor: | |  | | | | | | | | Kinderfreibetrag: |
| Freibetrag: | |  | | | | | | | | Konfession: |
| Lohnsteuerkarte: | | Anbei  Nein (bei Nichtvorlage der Lohnsteuerkarte bis zur  Gehaltsabrechnung wird auf Lohnsteuer-  klasse VI abgerechnet.) | | | | | | | | |
| **Entlohnung** | | | | | | | | | | |
| Bruttogehalt: | | | | | | | Stundenlohn: | | | |
| Ausbildungsvergütung: | | | | | | | | | | |
| Wöchentliche Arbeitszeit: | | | | | | | | | | |
| Urlaubsanspruch in Tagen: | | | | | | | | | | |
| Betriebliche Altersvorsorge:  Ja (entsprechende Unterlagen einreichen)  Nein | | | | | | | | | | |
| Vermögenswirksame Leistungen: (bitte Bescheinigung des zuständigen Instituts einreichen) | | | | | | | | | | |
| Arbeitgeberanteil: | | | | | | | | | | |
| Arbeitnehmeranteil: | | | | | | | | | | |
| Vertragsbeginn: | | | | | | | | Vertragsnummer: | | |
| |  |  | | --- | --- | | Kto. des Instituts: | BLZ: |   Kreditinstitut: | | | | | | | | | | |

**Vorarbeitgeberdaten**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Zeitraum von | Zeitraum bis | Art der Beschäftigung |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**Gleitzonenregelung**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Versicherungspflichtige Arbeitnehmer, die Beschäftigungen in der Gleitzone (450,01 – 850,00 € brutto) ausüben, haben in der Rentenversicherung die Möglichkeit, auf die Reduzierung des beitragspflichtigen Arbeitsentgelts zu verzichten und den vollen Arbeitnehmerbeitrag zu zahlen.  Verzicht auf die Anwendung der Gleitzonenregelung zur Rentenversicherung  Ausübung der Anwendung der Gleitzonenregelung zur Rentenversicherung  (Der Verzicht auf die Rentenversicherungsfreiheit wirkt für die gesamte Dauer der Beschäftigung und kann nicht widerrufen werden.) | | | |
| Gibt es weitere Beschäftigungsverhältnisse: | Ja, Gesamtbetrag  Nein | | |
| **Angaben zu den Arbeitspapieren** | | | |
| Kopie Arbeitsvertrag | | anbei  folgt |  |
| Lohnsteuerbescheinigung Vorarbeitgeber (optional) | | anbei  folgt |  |
| Kopie Sozialversicherungsausweis | | anbei  folgt |  |
| Mitgliedsbescheinigung der Krankenkasse | | anbei  folgt |  |
| Nachweis Elterneigenschaft | | anbei  folgt |  |
| Kopie der Arbeitserlaubnis | | anbei  folgt | gültig bis: |
| Kopie Aufenthaltserlaubnis | | anbei  folgt | gültig bis: |
| Kopie Studienbescheinigung | | anbei  folgt |  |
| Schwerbehindertenausweis | | anbei  folgt |  |
| Nachweis über die Überschreitung der Jahres-  Arbeitsentgeltgrenze (falls private KV) | | anbei  folgt |  |

Ich versichere, dass die vorstehenden Angaben vollständig und der Wahrheit entsprechen. Sollten sich im Verlauf meiner Beschäftigung Veränderungen ergeben, werde ich diese unverzüglich mitteilen. Soweit meinem Arbeitgeber durch unvollständige oder unrichtige Angaben Nachteile entstehen, bin ich schadenersatzpflichtig.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Ort, Datum |  | Unterschrift Arbeitnehmer |  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Unterschrift / Stempel Arbeitgeber

|  |
| --- |
| clip_image005 Mainstr. 2, 06846 Dessau-Roßlau  Tel.: 0340/640190, E-Mail: [mail@stbfleischer.de](mailto:mail@stbfleischer.de)  www.stbfleischer.de |