

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:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Schwerbehindert:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Wenn keine Sozialversicherungsnummer angegeben werden kann

Geburtsname:	Geburtsort, -land:
Geschlecht:	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich

Sozialversicherung

Beginn der Beschäftigung:	
Voraussichtliches Ende der Berufsausbildung:	
Berufsbezeichnung:	
<input type="checkbox"/> Hauptbeschäftigung	<input type="checkbox"/> Nebenbeschäftigung
Üben Sie weitere Beschäftigungen aus? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Personengruppe:	<input type="checkbox"/> Sozialversicherungspflichtige/r Beschäftigte/r ohne besondere Merkmale <input type="checkbox"/> Auszubildende/r <input type="checkbox"/> Praktikant <input type="checkbox"/> Andere Personengruppe
Befristung:	<input type="checkbox"/> keine Befristung <input type="checkbox"/> Das Arbeitsverhältnis ist befristet Das Arbeitsverhältnis war bei Abschluss des Arbeitsvertrages befristet zum <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Der befristete Arbeitsvertrag wurde schriftlich geschlossen Abschluss Arbeitsvertrag am <input type="text"/> <input type="checkbox"/> 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 Krankenversicherung:	voraussichtl. Überschreiten Jahresarbeitsentgeltgrenze: Zuschuss durch Arbeitgeber: Firmenzahler:	Jahresbruttoverdienst höher als 49.500 EUR <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Monatl. Beitragsanteil für Basiskrankenversicherungsschutz: (Bitte Bescheinigung der Krankenkasse beifügen)		

Schul-/Ausbildungsabschluss:	<p>Höchster allgemeinbildender Schulabschluss:</p> <input type="checkbox"/> ohne Schulabschluss <input type="checkbox"/> Haupt-/Volksschulabschluss <input type="checkbox"/> Mittlere Reife oder gleichwertig <input type="checkbox"/> Abitur/Fachabitur <input type="checkbox"/> Abschluss unbekannt
	<p>Höchster beruflicher Ausbildungsabschluss:</p> <input type="checkbox"/> ohne beruflichen Ausbildungsabschluss <input type="checkbox"/> Abschluss einer anerkannten Berufsausbildung <input type="checkbox"/> Meister/ Techniker oder gleichwertig <input type="checkbox"/> Bachelor <input type="checkbox"/> Diplom/Magister/Master/Staatsexamen <input type="checkbox"/> Promotion <input type="checkbox"/> Abschluss unbekannt

Steuer

Gemeindeschlüssel AGS:	
Finanzamt:	Finanzamt-Nummer:
Steuerklasse/Faktor:	Kinderfreibetrag:
Freibetrag:	Konfession:
Lohnsteuerkarte:	<input type="checkbox"/> Anbei <input type="checkbox"/> Nein (bei Nichtvorlage der Lohnsteuerkarte bis zur Gehaltsabrechnung wird auf Lohnsteuerklasse VI abgerechnet.)

Entlohnung

Bruttogehalt:	Stundenlohn:
Ausbildungsvergütung:	
Wöchentliche Arbeitszeit:	
Urlaubsanspruch in Tagen:	
Betriebliche Altersvorsorge: <input type="checkbox"/> Ja (entsprechende Unterlagen einreichen) <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> folgt <input type="checkbox"/>
Lohnsteuerbescheinigung Vorarbeitgeber (optional)	anbei <input type="checkbox"/> folgt <input type="checkbox"/>
Kopie Sozialversicherungsausweis	anbei <input type="checkbox"/> folgt <input type="checkbox"/>
Mitgliedsbescheinigung der Krankenkasse	anbei <input type="checkbox"/> folgt <input type="checkbox"/>
Nachweis Elterneigenschaft	anbei <input type="checkbox"/> folgt <input type="checkbox"/>
Kopie der Arbeitserlaubnis	anbei <input type="checkbox"/> folgt <input type="checkbox"/> gültig bis:
Kopie Aufenthaltserlaubnis	anbei <input type="checkbox"/> folgt <input type="checkbox"/> gültig bis:
Kopie Studienbescheinigung	anbei <input type="checkbox"/> folgt <input type="checkbox"/>
Schwerbehindertenausweis	anbei <input type="checkbox"/> folgt <input type="checkbox"/>
Nachweis über die Überschreitung der Jahres-Arbeitsentgeltgrenze (falls private KV)	anbei <input type="checkbox"/> folgt <input type="checkbox"/>

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



Mainstr. 2, 06846 Dessau-Roßlau
Tel.: 0340/640190, E-Mail: mail@stbfleischer.de
www.stbfleischer.de