|  |  |
| --- | --- |
| Name |  |
| Vorname |  |
|  |
| [ ]  weiblich [ ]  männlich [ ]  divers  |
| Straße, Hausnummer |  |
| PLZ, Wohnort |  |
| Anschriftenzusatz |  |
| Telefonnummer und E-Mail |  |
| Geburtsname |  |
| Geburtsdatum |  |
| Geburtsort, Land |  |
| Staatsangehörigkeit |  |
| **Bei Nicht-EU-Bürgern ist eine Arbeitserlaubnis und Aufenthaltsgenehmigung beizufügen.** |
| Arbeitserlaubnis | ja: [ ]  (bitte Kopie beifügen) von: bis: |
| Aufenthaltserlaubnis | ja: [ ]  (bitte Kopie beifügen) von: bis: |
| Konfession |  |
| Familienstand | ledig: [ ]  verheiratet: [ ]  |
| Steuerklasse lt. Steuerkarte |  |
| Anzahl der Kinderfreibeträge |  |
| Steueridentifikations-Nr. |  |
|  |
| Schulabschluss: [ ]  ja [ ]  nein[ ]  Volks-/Hauptschule mittlere Reife [ ]  Abitur[ ]  Fachschule / Fachhochschule [ ]  Universitätsabschluss |
| Berufsausbildung | [ ]  mit Abschluss [ ]  ohne Abschluss |
| Rentenempfänger  |  Ja NeinRentenart |
| Beruf |  |
| **Angaben über eine weitere Hauptbeschäftigung oder eine weitere Nebenbeschäftigung** |
| [ ]  Es liegt keine weitere Beschäftigung vor[ ]  Folgende Hauptbeschäftigung/en wird/werden ausgeübt: |
|

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Zeitraum von | Zeitraum bis | wöchentliche Arbeitszeit | monatl. Arbeitsentgelt EUR  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

 |
| Arbeitgeber |
| [ ]  Folgende Nebenbeschäftigung/en wird/werden ausgeübt: |
|

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Zeitraum von | Zeitraum bis | wöchentliche Arbeitszeit | monatl. Arbeitsentgelt EUR  |

 |
| Arbeitgeber |
| Krankenkasse bzw. Private Krankenversicherung mit Anschrift |  |
| Sind Sie als Familienangehörige(r) mitversichert? |  |
| Sozialversicherungs-Nr. |  |
| Kinder- GeburtsdatumGeburtsurkunden bitte beifügen  |  |
| **Nur wenn vorhanden:** |
| Liegen Pfändungen vor | [ ]  ja (bitte Belege einreichen) |

|  |  |
| --- | --- |
| Bankname |  |
| IBAN |  |
| BIC |  |
| Sind Sie schwerbehindert / dem gleichgestellt / haben Sie einen Antrag gestellt?Nein: [ ] Ja: [ ] Wenn ja, anerkannter Grad der Behinderung**: Bitte Nachweis beifügen** |
| Sonstige gesundheitlicheEinschränkungen | **Bitte Nachweis beifügen** |
| **Nur wenn vorhanden (Vermögenswirksame Leistung):**  |
| VL-Vertrag (Bank) | VL-Vertrag bitte beifügen. |
| Empfänger VL |  |
| Vertragsnummer |  |
| Betrag |  |
| Bestand bereits eine Versicherung bei einer Zusatzversorgungskasse – ZVK, VBL usw.? Nein: [ ] Ja: [ ] Falls ja, bitte Nachweis beifügen! |

**Ich versichere, obige Angaben vollständig und wahrheitsgemäß gemacht zu haben.**

**Jegliche Veränderungen werde ich dem Arbeitgeber innerhalb von 10 Tagen mitteilen.**

…………………, den ............................... Unterschrift: ......................................

Ort Datum Arbeitnehmer