|  |  |
| --- | --- |
| 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 Nein  Rentenart |
| 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- Geburtsdatum  Geburtsurkunden 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 gesundheitliche  Einschränkungen | **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