

# Meldeformular Mitarbeitereintritt

<b>Firma:</b>			Kunden-Nr.:		
Ansprechpartner:					
<b>Daten zur Person</b>				Personal Nr.	
Nachname bitte in Druckschrift					
Vorname bitte in Druckschrift					
Straße, Nr.					
PLZ		Ort			
Staatsangehörigkeit		Bundesland			
Geburtsdatum	Geschlecht		W <input type="checkbox"/>	M <input type="checkbox"/>	Familienstand
				Ledig	<input type="checkbox"/> oder
				Verheiratet	<input type="checkbox"/>
Geburtsort / -land <small>bei fehlender SV-Nr.</small>		Geburtsname <small>bei fehlender SV-Nr.</small>			
Schwerbehindert					
Elterneigenschaft liegt vor		Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Kinderanzahl	
Berufsgruppe		Angestellter <input type="checkbox"/>	Arbeiter <input type="checkbox"/>	Beschäftigungsart	Vollzeit <input type="checkbox"/>
				Teilzeit <input type="checkbox"/>	Aushilfe <input type="checkbox"/>
Tätigkeit					
Eintritt		Austritt		Kündigungsfrist	
Abteilung		KSt.			
Höchste Berufsausbildung		Höchste Schulausbildung			
Tarifgruppe					
Fixgehalt / Monat					
Wochenstunden					
Leistungszulage					
Stundenlohn					
Jahresurlaub		Urlaubsanspruch (anteilig für das Eintrittsjahr)			
Abschlag fest					
Steuerklasse	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
	6 <input type="checkbox"/>	Konfession			
Kinderfreibetrag	Steuerfreibetrag		Monatl.	Jährl.	
Steuer ID-Nr.	Faktor				
AGS-(Gemeinde-)Nr.	Finanzamt Nr.				
Berufsgenossenschaft		Gefahrentarif			
Befristet	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Art der Befristung		
Befristung Arbeitsvertrag zum (TT.MM.JJJJ)					
Abschluss Arbeitsvertrag am (TT.MM.JJJJ)					

Daten zur Person

Lohn- und Gehaltsunterlagen

Steuerkarte / BG

Befristung

# Meldeformular Mitarbeitereintritt

<b>Firma:</b>		<b>Kunden-Nr.:</b>	
Nachname:			
Krankenkasse mit Ort			
SV-Nr.		Versicherungsart	Pflicht <input type="checkbox"/> freiwillig <input type="checkbox"/> Privat <input type="checkbox"/>
Bei Privat, letzte GKV		Andere Einkommensart	
Mehrfachbeschäftigt	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	bei	
Arbeitnehmer-Status	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	%-Ant.Gesellschaft	
Versorgungswerk		Versorgungswerk - Mitglieds-Nr.	
Auszahlungsart	Überweisung <input type="checkbox"/> Bar <input type="checkbox"/> Scheck <input type="checkbox"/>		
Bank mit Ort			
BLZ		Kontonummer	
IBAN			
BIC			
(VwL-) Monatsbetrag		Zuschuss AG	
VwL-) Empfänger		Vertragsnummer	(Vertragskopie beifügen)
Direktversicherung		Pauschale Steuer	Arbeitgeber <input type="checkbox"/> Arbeitnehmer <input type="checkbox"/>
Beitragshöhe		Zahlungsweise	Monatlich <input type="checkbox"/> ½ Jährlich <input type="checkbox"/> Jährlich <input type="checkbox"/>
Bank mit Ort			
BLZ		Kontonummer	
IBAN			
BIC			
PKW Bruttolistenpreis		Entfernungs km	
Arbeitsvertrag (Kopie als Anlage beifügt) <input type="checkbox"/>	Mitgliedsbescheinigung Krankenkasse (Kopie als Anlage beifügt) <input type="checkbox"/>	VWL-Vertrag (Kopie als Anlage beifügt) <input type="checkbox"/>	Vertrag Betriebliche Altersversorgung (Kopie als Anlage beifügt) <input type="checkbox"/>
Letzter Entgeltnachweis (Kopie als Anlage beifügt) <input type="checkbox"/>	Bescheinigung zur privaten Krankenversicherung (Kopie als Anlage beifügt) <input type="checkbox"/>	Nachweis Elterneigenschaft (Kopie als Anlage beifügt) <input type="checkbox"/>	Schwerbehindertenausweis (Kopie als Anlage beifügt) <input type="checkbox"/>
SOKA-AN-Nummer			
(Eintrag von Kostenträgern, Vorliegen Schwerbehinderung einschl. Ausweisangaben etc.)			
Datum: _____ Unterschrift: _____			

Sozialversicherung

Bankverbindung

VwL / Direktversicherung / Firmenwagen

Verträge

Besonderheiten