

NEUEINSTELLUNG MITARBEITER

Letzte Aktualisierung: 01.01.2024

FIRMA/PRAxis

Firma:			
Straße:			
PLZ:		Ort:	
Telefon:		Mandanten-Nr.:	

ARBEITNEHMER

Sozialversicherungs- bzw. Rentenversicherungsnummer:			
Steueridentifikationsnummer:			
Familienname, Titel:			
Vorname:			
Straße und Hausnummer:			
PLZ:		Ort:	
Familienstand:		Geburtsdatum, Geburtsort:	
Staatsangehörigkeit:		Geschlecht:	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich
Konfession:			<input type="checkbox"/> divers <input type="checkbox"/> unbestimmt
E-Mail-Adresse:			
Kind:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Anzahl der Kinder (unter 25 Jahren):	
	Name:	Geburtsdatum:	
	Name:	Geburtsdatum:	
	Name:	Geburtsdatum:	
	Name:	Geburtsdatum:	
	Name:	Geburtsdatum:	
Zur Berücksichtigung der neuen Abschlüsse auf den allgemeinen Beitragssatz in Abhängigkeit von der Anzahl der Kinder unter 25 Jahren ist ab 01.07.2023 die Anzahl der Kinder samt Elternnachweis dem Arbeitgeber zu melden.			
Schwerbehinderung:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
Schwerbehindertenausweis:	<input type="checkbox"/> Ja (bitte einreichen)	ausstellende Behörde:	
	<input type="checkbox"/> Nein		
	<input type="checkbox"/> wird nachgereicht		
	<input type="checkbox"/> ist beantragt		

Wenn keine (Sozial-)Versicherungsnummer angegeben werden kann:

Geburtsname:		Geburtsort:	
Geburtsdatum:		Geschlecht:	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich

Nur bei erstmaliger Aufnahme einer Beschäftigung von nichtdeutschen Bürgern des Europäischen Wirtschaftsraumes

Geburtsland:		(Sozial-)Versicherungsnummer des Staatsangehörigkeitslandes:	
--------------	--	--	--

BESCHÄFTIGUNGSORT:

Die Beschäftigung ist auszuüben in (Ort / Straße / Gebäudenummer / Büro / Stockwerk):			
---	--	--	--

Der Beschäftigungsort ist frei wählbar:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
---	---

BEFRISTETETS ARBEITSVERHÄLTNIS:

Das Arbeitsverhältnis endet am:	
---------------------------------	--

PROBEZEIT:			
Dauer der Probezeit:	Die Probezeit für das Arbeitsverhältnis beträgt Monate.	Frist:	Die Frist beginnt am und endet am

SOZIALVERSICHERUNG:			
----------------------------	--	--	--

Vorgesehene Tätigkeit als:			
Beginn der Beschäftigung:			
Rentner:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	(Falls "Ja", Kopie Rentenbescheid bitte einreichen)	
Kostenstelle:		Tätigkeitsbereich:	
Voraussichtliches Ende der Beschäftigung (bei Auszubildenden):			
befristete Arbeitsverhältnisse:	<input type="checkbox"/> keine Befristung <input type="checkbox"/> Das Arbeitsverhältnis (AV) ist befristet/zweckbefristet. Das AV war bei Abschluss des Arbeitsvertrages befristet zum <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Der befristete Arbeitsvertrag wurde schriftlich geschlossen. Der befristete Arbeitsvertrag wurde abgeschlossen am <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Die befristete Beschäftigung war für mindesten 2 Monate vorgesehen und eine Möglichkeit der Weiterbeschäftigung wurde durch den Arbeitgeber bei Abschluss des Vertrages in Aussicht gestellt.		
Personengruppe:	<input type="checkbox"/> Sozialversicherungspflichtige Beschäftigte oder besondere Merkmale <input type="checkbox"/> Auszubildender <input type="checkbox"/> Praktikant <input type="checkbox"/> Andere Personengruppe <input type="text"/>		
Gesetzliche Krankenkasse - Name:	<input type="checkbox"/> Pflicht <input type="checkbox"/> Freiwillig		
Private Krankenversicherung - Name:			
	voraussichtl. Überschreiten Versicherungspflichtgrenze	Jahresbruttoverdienst (2024) höher als 69.300,00 EUR <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
	Zuschuss durch Arbeitgeber:	Bescheinigung der privaten Krankenversicherung zur Erlangung des AG-Zuschusses	
		<input type="checkbox"/> liegt vor	
		<input type="checkbox"/> wird nachgereicht	
	Firmenzahler:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Monatl. Beitragsanteil für Basiskrankenversicherungsschutz: (Bitte Bescheinigung der Krankenversicherung beifügen.)			
Beitragsabführung an ein Versorgungswerk (für Freiberufler):	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Falls ja, Mitgliedsbescheinigung Versorgungswerk und Bescheid der DRV über die Befreiung von Rentenversicherungspflicht bitte einreichen	
	12-stellige Mitgliedsnummer:	<input type="text"/>	
Schul-/Ausbildungsabschluss	Höchster allgemeinbildender Schulabschluss:		
	<input type="checkbox"/> ohne Schulabschluss		
	<input type="checkbox"/> Haupt-/Volksschulabschluss		
	<input type="checkbox"/> Mittlere Reife oder gleichwertig		
	<input type="checkbox"/> Abitur/Fachabitur		
	Höchster beruflicher Ausbildungsabschluss:		
	<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		

STEUER			
Steuer-Identifikationsnummer:			
Nebenbeschäftigung:	<input type="checkbox"/>	Steuerklasse:	
Hauptbeschäftigung	<input type="checkbox"/>		
Freibetrag:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> beantragt		
Kinderfreibetrag:			
Betriebliche Altersversorgung:	<input type="checkbox"/> Ja (entsprechende Unterlagen einreichen!)		<input type="checkbox"/> Nein

VORARBEITGEBERDATEN			
In diesem Jahr bereits bei anderen Arbeitgebern beschäftigt:	<input type="checkbox"/> Nein		
	<input type="checkbox"/> Ja	von/bis:	
		von/bis:	
		von/bis:	
		von/bis:	
Bitte genauen Zeitraum angeben, von wann bis wann Beschäftigungen bestanden. Angabe entfällt, wenn Bescheinigung auf Rückseite der Lohnsteuerbescheinigungen beigefügt werden.			

GEHALTSVEREINBARUNGEN					
Bruttogehalt:	€	Stundenlohn:	€		
Ausbildungsvergütung:	€				
Zusatzleistungen:	Art der Leistung			Höhe/Entgelt in €	
Tariflohn:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein				
Urlaubsanspruch in Tage:		Wöchentliche Arbeitszeit:			
Vereinbarung bzgl. Überstundenanordnung:					
Art der Gehaltszahlung:	<input type="checkbox"/> Bar <input type="checkbox"/> Scheck		Verteilung der wöchentl. Arbeitszeit (Std.)		
	<input type="checkbox"/> Überweisung		Mo		Di
Die Gehaltszahlung ist fällig, jeweils am:		Mi		Do	
Kreditinstitut:		Fr		Sa	
BIC:				So	
IBAN:					
Bei Schichtarbeit:					
Es gelten Ruhezeiten arbeitstäglich von - bis:					
Es gilt folgendes Schichtsystem:					
Schichtänderungen bleiben unter folgenden Voraussetzungen vorbehalten:					

VERMÖGENSWIRKSAME LEISTUNGEN (Bescheinigung des zuständigen Instituts/Bausparkasse einreichen):			
Arbeitgeberanteil:	€	(zahlbar ab):	
Arbeitnehmeranteil:	€		
Vertragsart/Vertragsbeginn:			
Kreditinstitut:			
IBAN:			
BIC:			
Betriebliche Altersversorgung: Name und Anschrift des Versorgungsträgers			

ÜBERGANGSBEREICH	
Falls das monatliche Bruttogehalt innerhalb des Übergangsbereichs (€ 538,01 - € 2.000,00) liegt:	
Gibt es weitere Beschäftigungsverhältnisse (Mehrfachbeschäftigung):	<input type="checkbox"/> Ja, Gesamtbetrag des Entgelts: <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Nein
Ergänzend gelten die Bestimmungen des folgenden Tarifvertrags, der Betriebs- oder Dienstvereinbarung:	

SONSTIGE HINWEISE			
Auf das gegenständliche Arbeitsverhältnis finde(t)(n) ferner Anwendungen:			
Für dieses Arbeitsverhältnis gelten außerdem folgende Vereinbarungen:			
Kündigung: Das bei der Kündigung des Arbeitsverhältnisses von Arbeitgeber und Mitarbeitenden einzuhaltende Verfahren verlangt mindestens das Schriftformerfordernis sowie die Frist zur Erhebung einer Kündigungsschutzklage nach § 4 KSchG. Frist: 3 Wochen ab Zustellung der schriftlichen Kündigung.			
Das Beschäftigungsverhältnis ist innerhalb einer Frist von	<input type="text"/>	jeweils zum	<input type="text"/> kündbar.
Hinweis: Kündigungsschutzklagen sind nach § 4 KSchG innerhalb einer Frist von 3 Wochen ab Zustellung der schriftlichen Kündigung beim zuständigen Arbeitsgericht einzureichen.			

Ausweiskopie	anbei	<input type="checkbox"/>	folgt	<input type="checkbox"/>	
Lohnsteuerbescheinigung Vorarbeitergeber (optional)	anbei	<input type="checkbox"/>	folgt	<input type="checkbox"/>	
Kopie Geburtsurkunde bzw. Elternnachweis von allen Kindern unter 25 Jahren	anbei	<input type="checkbox"/>	folgt	<input type="checkbox"/>	
Kopie Arbeitsvertrag	anbei	<input type="checkbox"/>	folgt	<input type="checkbox"/>	
Kopie der Arbeitserlaubnis*	anbei	<input type="checkbox"/>	folgt	<input type="checkbox"/>	gültig bis: <input type="text"/>
Kopie der Aufenthaltserlaubnis**	anbei	<input type="checkbox"/>	folgt	<input type="checkbox"/>	gültig bis: <input type="text"/>
Lohnnachweiskarte Baugewerbe	anbei	<input type="checkbox"/>	folgt	<input type="checkbox"/>	
Kopie Studienbescheinigung	anbei	<input type="checkbox"/>	folgt	<input type="checkbox"/>	
Falls private oder freiwillig gesetzliche Krankenversicherung					
Bescheinigung der privaten Krankenversicherung zur Erlangung des AG-Zuschusses	anbei	<input type="checkbox"/>	folgt	<input type="checkbox"/>	
Vertrag über vermögenswirksame Leistungen bei Schülern	anbei	<input type="checkbox"/>	folgt	<input type="checkbox"/>	
Schülerschein bzw. Schulbescheinigung	anbei	<input type="checkbox"/>	folgt	<input type="checkbox"/>	
Mitgliedsbescheinigung Versorgungswerk	anbei	<input type="checkbox"/>	folgt	<input type="checkbox"/>	
Bescheid der DRV über die Befreiung von Rentenversicherungspflicht	anbei	<input type="checkbox"/>	folgt	<input type="checkbox"/>	
(Sozial-)Versicherungsnummer andere EU-Angehörigkeit:	<input type="text"/>				
* vorzulegen, falls keine deutsche Staatsangehörigkeit oder EU-Angehörigkeit besteht					
** Ausländer benötigen grundsätzlich eine Aufenthaltserlaubnis. Für EU-Bürger gibt es eine spezielle EU-Aufenthaltserlaubnis.					

Ich versichere, die oben gemachten Angaben vollständig und wahrheitsgemäß gemacht zu haben. 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 schadensersatzpflichtig.

Hiermit erkläre ich mein Einverständnis nach der DSGVO, dass die in diesem Formular erhobenen persönlichen Daten für die Lohnabrechnung verwendet, gespeichert und von einem EDV-Dienstleister verarbeitet und aufbewahrt werden. Dies umfasst ggf. personenbezogene Daten anderer Betroffenen (insb. Kinder) und ich bestätige hiermit, dass ich die entsprechende Einwilligung in die Datenerhebung und -speicherung iSd DSGVO von den Betroffenen erhalten habe. Darüber hinaus ermächtige ich den Arbeitgeber zur Datenarchivierung über das Dienstverhältnis hinaus für die Dauer u. a. der steuerrechtlichen Aufbewahrungsfristen. Sind die (steuer-)rechtlichen oder sozialversicherungsrechtlichen Aufbewahrungsfristen abgelaufen, muss eine Löschung meiner persönlichen Daten nach Beendigung des Dienstverhältnisses erfolgen. Die Datenweitergabe für Bescheinigung usw. im Rahmen des Dienstverhältnisses oder für arbeits-, sozialversicherungs- und steuerrechtliche als auch für berufsgenossenschaftliche Vorgänge ist erlaubt; darüber hinaus ist die Weitergabe an weitere Dritte grundsätzlich untersagt.

Ort, Datum

Unterschrift Arbeitnehmer bzw. gesetzlicher Vertreter

Unterschrift / Stempel Arbeitgeber

Ein Service Ihrer Kanzlei:

SPIEGL  **STEUERKANZLEI**
STEUERBERATUNGSGESELLSCHAFT mbH
NATIONALES & INTERNATIONALES STEUERRECHT

Spiegel Steuerberatungsgesellschaft mbH T: 089 - 800 65 68 - 10
Bahnhofplatz 6, 82110 Germering F: 089 - 800 65 68 - 29
www.steuerkanzlei-spiegel.de E: info@steuerkanzlei-spiegel.de