



Grau hinterlegte Felder sind vom Arbeitgeber auszufüllen.

Firma

Name der beschäftigten Person	Personalnummer
-------------------------------	----------------

1 PERSÖNLICHE ANGABEN

Familienname	Vorname
Ggf. Geburtsname	Geburtsdatum TT.MM.JJJJ
Geburtsort	Geburtsland
Staatsangehörigkeit	Schwerbehindert
Straße, Hausnummer (inkl. Anschriftenzusatz)	PLZ, Ort
Versicherungsnummer gemäß Sozialversicherungsausweis	Arbeitnehmernummer Sozialkasse Bau

Geschlecht ☐ männlich ☐ weiblich ☐ divers ☐ unbestimmt

Schwerbehindert ☐ ja ☐ nein

2 BANKVERBINDUNG

IBAN	BIC
Abweichender Kontoinhaber (wenn abweichend vom Gehaltsempfänger)	

☐ Barzahlung



3 BESCHÄFTIGUNG

Eintrittsdatum TT.MM.JJJJ	Ersteintrittsdatum TT.MM.JJJJ	Beschäftigungsbetrieb
Ausgeübte Tätigkeit	Berufsbezeichnung	Kostenstelle
Im Baugewerbe beschäftigt seit TT.MM.JJJJ		

4 SCHUL- UND BERUFSAUSBILDUNG

Höchster Schulabschluss ☐ ohne Abschluss ☐ Haupt-/Volksschule ☐ Mittlere Reife ☐ Abitur/Fachabitur
Höchste Berufsausbildung ☐ ohne Abschluss ☐ anerkannte Ausbildung ☐ Meister/Techniker ☐ Bachelor ☐ Diplom/Master/Staatsexamen ☐ Promotion

5 ARBEITSZEIT UND URLAUB

Wöchentliche Arbeitszeit (Stunden)	Urlaubsanspruch im Kalenderjahr (Tage)					
Arbeitszeit ☐ Vollzeit ☐ Teilzeit						
Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag



6 STATUS BEI BEGINN DER BESCHÄFTIGUNG

- ☐ Beschäftigte Person
- ☐ Studienbewerber/in
- ☐ Beamtin/Beamter
- ☐ Arbeitslose/r
- ☐ Schulentlassene/r
- ☐ Schüler/in
- ☐ ALG-/Sozialhilfeempfänger
- ☐ Student/in
- ☐ Elternzeit
- ☐ Wehr-/Zivildienstleistende/r
- ☐ Hausfrau/Hausmann
- ☐ Selbständige/r
- ☐ Sonstige

7 STEUERLICHE ANGABEN

Steuer-ID	Steuerklasse / Faktor
Kinderfreibeträge	Konfession

Pauschalierung ☐ 2 % ☐ 20 %

Abwälzung an Beschäftigte ☐ ja ☐ nein

8 SOZIALVERSICHERUNG

Krankenversicherung ☐ gesetzlich ☐ privat

Name der Krankenkasse / privaten Versicherung	UV-Gefahrentarif
---	------------------

Antrag auf Befreiung von der RV-Pflicht gestellt ☐ ja ☐ nein



9 ENTLOHNUNG

Bezeichnung	Betrag (€)	Stundenlohn	Gültig ab
			TT.MM.JJJJ
			TT.MM.JJJJ
			TT.MM.JJJJ
			TT.MM.JJJJ
			TT.MM.JJJJ
			TT.MM.JJJJ

10 VERMÖGENSWIRKSAME LEISTUNGEN

Empfänger	Betrag (€)	Seit wann TT.MM.JJJJ
Vertragsnummer	IBAN	BIC
Arbeitgeberanteil (Höhe monatlich / €)		

11 WEITERE BESCHÄFTIGUNGEN

Üben Sie weitere Beschäftigungen aus? ☐ ja ☐ nein

Zeitraum von	Zeitraum bis	Arbeitgeber	Art der Tätigkeit	Wochenstunden
TT.MM.JJJJ	TT.MM.JJJJ			
TT.MM.JJJJ	TT.MM.JJJJ			

Art der Tätigkeit

- ☐ geringfügig entlohnt
☐ nicht geringfügig entlohnt
☐ kurzfristig beschäftigt

Wird bei Zusammenrechnung die gesetzliche Entgeltgrenze eingehalten? ☐ ja ☐ nein



12 ANGABEN ZU DEN ARBEITSPAPIEREN

☐ Arbeitsvertrag
☐ Bescheinigung Lohnsteuerabzug / Beschäftigungstage
☐ Sozialversicherungsausweis
☐ Antrag Befreiung RV-Pflicht
☐ Bescheinigung private Krankenversicherung
☐ VWL-Vertrag
☐ Schul-/Studienbescheinigung
☐ Schwerbehindertenausweis
☐ Unterlagen Sozialkasse Bau/Maler

13 ERKLÄRUNG UND UNTERSCHRIFTEN

Ich versichere, dass die vorstehenden Angaben der Wahrheit entsprechen. Ich verpflichte mich, meinem Arbeitgeber alle Änderungen, insbesondere in Bezug auf weitere Beschäftigungen (Art, Dauer und Entgelt), unverzüglich mitzuteilen.

Datum TT.MM.JJJJ	Unterschrift beschäftigte Person
Datum TT.MM.JJJJ	Bei Minderjährigen: Unterschrift gesetzliche Vertretung
Datum TT.MM.JJJJ	Unterschrift Arbeitgeber