

**Personenbezogene Angaben**

**Personalnummer: \_\_\_\_\_**

Name:		Vorname:		Staatsangehörigkeit:	
Elterneigenschaft: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ab: _____			Geschlecht: <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich		
Straße / Anschriftenzusatz:			PLZ / Ort / Bundesland:		
Geburtsname:		Familienstand:		Geburtsdatum / Ort:	
Liegt bei Ihnen eine Schwerbehinderteneigenschaft vor: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <i>wenn ja:</i>					
Beträgt der Grad der Schwerbehinderung mindestens 50 % <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Bitte Nachweis beifügen!					
Krankenkassenmitgliedschaft: _____					
SV-Nummer: _____					
Ausbildung:		Schulbildung: _____		Abschluss: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
		Berufsausbildung: _____		Abschluss: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

**Status bei Beginn der Beschäftigung**

<input type="checkbox"/> Schüler/in	<input type="checkbox"/> Wehr-/Zivildienstleistender	<input type="checkbox"/> Selbständige/r	<input type="checkbox"/> Hausfrau/Hausmann
<input type="checkbox"/> Student/in	<input type="checkbox"/> Beamtin/Beamter	<input type="checkbox"/> Arbeitslose/r	<input type="checkbox"/> Arbeitnehmer/in
<input type="checkbox"/> Schulentlassene/r	<input type="checkbox"/> Studienbewerber/in	<input type="checkbox"/> Sozialhilfeempfänger/in	<input type="checkbox"/> Arbeitnehmer/in in Elternzeit

**Kommunikation**

Telefonnummer:	Mobil:
Faxnummer:	E-Mail-Adresse:

**Bankangaben / Bankverbindung / Sonstiges**

Auszahlungsart:		Abweichender Kontoinhaber:	
IBAN:	Bankbezeichnung:	BIC:	
Vermögenswirksame Leistungen: (VWL) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <i>wenn ja:</i>			
Höhe - mtl.:		seit wann:	Empfänger VL:
Vertragsnummer:		Bankbezeichnung:	
IBAN	BIC:	Betrag:	

**Bitte Nachweis vom VL-Vertrag (Schreiben für Arbeitgeber) beifügen.**

**Lohn- und Gehaltsstatus**

<b>Rentenart / Altersteilzeit</b>	
<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> Altersvollrente
<input type="checkbox"/> Rentenantrag	<input type="checkbox"/> Altersteilrente
<input type="checkbox"/> Teilweise Erwerbsminderungsrente	<input type="checkbox"/> Hinterbliebenenrente
<input type="checkbox"/> volle Erwerbsminderungsrente	<input type="checkbox"/> Erziehungsrente
<input type="checkbox"/> Bergleute / Knappschaftsausgleich	<input type="checkbox"/> vorzeitige Altersrente
<input type="checkbox"/> Altersteilzeit nach altem Recht abrechnen (Altersteilzeit beginnt vor dem 01.07.2004) *	
<input type="checkbox"/> Altersteilzeit nach dem neuen Recht abrechnen (Altersteilzeit beginnt ab dem 01.07.2004)	
* Anteil des Bruttoarbeitsentgelts zur Berechnung d er zusätzlichen Rentenversicherungsbeiträge in Prozent: _____ %	
Hinweis: der gesetzliche Anteil beträgt mindestens 90 % des bisherigen Bruttoentgeltes.	
Angabe eines abweichenden, höheren Prozentsatzes: _____ %	

**Lohnsteuerangaben (bitte unbedingt angeben)**

<b>Steueridentifikationsnummer:</b>	_____
Steuermerkmale	Gültig ab
Steuerklasse / Faktor:	_____
Zahl der Kinderfreibeträge:	_____
Steuerfreier Jahresbetrag:	_____
Jahreshinzurechnungsbetrag:	_____
Kirchensteuermerkmale:	_____
(Konfession: _____)	

**Firmen- / Einsatzspezifische Angaben**

Eintritt: _____	Einsatzort: _____
Berufsbezeichnung / eingestellt als: _____	<input type="checkbox"/> Vollzeit <input type="checkbox"/> Teilzeit <i>wenn Teilzeit:</i>
Geringfügiges Beschäftigungsverhältnis auf folgender Basis:	<input type="checkbox"/> 538,00 € <input type="checkbox"/> 165,00 €
Gleitzone nregelung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> Kurzfristiges Beschäftigungsverhältnis
<i>(Für Arbeitsentgelte, die sich in einem Verdienstrahmen von 538,01 € bis 2000,00 € bewegen)</i>	

**Versorgungsbezüge**

Der Mitarbeiter erhält Versorgungsbezüge:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<i>wenn ja:</i>
Versorgungsbeginn: _____		
♦ monatlicher Versorgungsbezug bei Versorgungsbeginn:	_____ €	
♦ zu erwartende Einmalzahlungen im Jahr des Versorgungsbeginns (ohne Sterbegeld und Kapitalabfindungen)	_____ €	

**Angaben zu steuerpflichtigen Vorbeschäftigungen im laufenden Kalenderjahr \***

Haben Sie in diesem Jahr bereits gearbeitet:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<i>wenn ja:</i>
Erforderliche Angaben:		
♦ SV-Tage: (siehe Zeile 1 der Lohnsteuerbescheinigung oder letzte Lohnabrechnung des vorherigen Arbeitgebers)	_____	Tage
♦ Bruttoarbeitslohn einschließlich Sachbezüge: (siehe Zeile 3 der Lohnsteuerbescheinigung des vorherigen Arbeitgebers)	_____	€
<i>* Zeiträume in denen unter Vorlage der Lohnsteuerkarte gearbeitet wurde</i>		

**Einzureichende Unterlagen**

<input type="checkbox"/> . Sozialversicherungsnummer	<input type="checkbox"/> liegt bereits vor	<input type="checkbox"/> wird nachgereicht
<input type="checkbox"/> Kopie des Personalausweises / Pass	<input type="checkbox"/> liegt bereits vor	<input type="checkbox"/> wird nachgereicht
<input type="checkbox"/> Steuer-ID	<input type="checkbox"/> liegt bereits vor	<input type="checkbox"/> wird nachgereicht
<input type="checkbox"/> Gegebenenfalls Aufenthaltserlaubnis	<input type="checkbox"/> liegt bereits vor	<input type="checkbox"/> wird nachgereicht
<input type="checkbox"/> Gegebenenfalls Nachweis der Elterneigenschaft	<input type="checkbox"/> liegt bereits vor	<input type="checkbox"/> wird nachgereicht
<input type="checkbox"/> Gegebenenfalls VL-Vertrag (VWL)	<input type="checkbox"/> liegt bereits vor	<input type="checkbox"/> wird nachgereicht
<input type="checkbox"/> sonstiges: _____	<input type="checkbox"/> liegt bereits vor	<input type="checkbox"/> wird nachgereicht

**Erklärung des Arbeitnehmers:**

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

*Der Mitarbeiter bestätigt, dass er sich in den letzten 6 Monaten mit den Kundenunternehmen der Firma Sel-Hermes GmbH & Co KG in keinem Arbeitsverhältnis befand. Befand der Mitarbeiter sich in einem Arbeitsverhältnis mit den Kundenunternehmen, verpflichtet sich dieser hierüber Auskunft zu geben. Nur durch Korrektheit der Angaben ist eine ordnungsgemäße Anmeldung zur Sozialversicherung / Entgeltabrechnung zu gewährleisten!*

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Arbeitnehmers