

Meldeformular Mitarbeitereintritt

Firma:		Kunden-Nr.:	
Ansprechpartner:			
Daten zur Person			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

Firma:		Kunden-Nr.:	
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		Entfernung 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