

## Neueinstellung Arbeitnehmer

Firma:  
Stempel:

Nachname: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geb.-Name: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

Plz/Ort: \_\_\_\_\_

Geb.-Datum: \_\_\_\_\_

Geb. Ort: \_\_\_\_\_

Familienstand: \_\_\_\_\_

Geschlecht: \_\_\_\_\_

Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_

Schwerbehindert: \_\_\_\_\_

Eintritt: \_\_\_\_\_

Austritt: \_\_\_\_\_

IBAN: \_\_\_\_\_

ID-Nummer: \_\_\_\_\_

Steuerklasse: \_\_\_\_\_ Kinderfreibetrag: \_\_\_\_\_ Konfession: \_\_\_\_\_

Monatsfreibetrag: \_\_\_\_\_ Jahresfreibetrag: \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_ Rentenvers. Nr.: \_\_\_\_\_

Kinder: \_\_\_\_\_

Beschäftigt als: \_\_\_\_\_

Lohn/Gehalt: \_\_\_\_\_ Stundenlohn: \_\_\_\_\_

Wöchentliche Arbeitszeit: \_\_\_\_\_ Std

Mo: \_\_\_\_\_ Std Di: \_\_\_\_\_ Std Mi: \_\_\_\_\_ Std Do: \_\_\_\_\_ Std Fr: \_\_\_\_\_ Std Sa: \_\_\_\_\_ Std

Weitere beitragspflichtigen Einnahmen: (Angabe zur Durchführung des Sozialausgleiches zwingend erforderlich!)

keine  sv-pfl. Über 2.000€  sv-pfl. zw 538,01 u. 2.000€  Minijob

ALG I  ALG II  Rente  Versorgungsbezug

Selbständige od. freiberufliche Tätigkeit. **Nicht hauptberuflich**