

Stammblatt Mitarbeiter

Arbeitgeber:			
PLZ / Ort:			
Mitarbeiter:			
Name:			
Vorname (alle):			
Geburtsdatum:			
Geburtsname:			
Geburtsort/ -land:			
Anschrift:			
Staatsangehörigkeit:			
Familienstand:	Kinder: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Telefon / Handy / Email:			
Führerschein:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Klasse:
Bei ausländischen MA			
Aufenthaltsgenehmigung liegt vor?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	von: bis:	beantragt am:
Arbeitserlaubnis liegt vor?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	von: bis:	beantragt am:
Bei MA mit Behinderung:			
Der MA ist schwerbehindert?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Grad:	beantragt am:
Schwerbehindertenausweis liegt vor:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Ausweis-Nr.:	Stelle:
Ausbildung			
Schulabschluss:			
Berufsausbildungen:			
Angaben zum Beschäftigungsverhältnis			
Beginn der Beschäftigung:			Befristet: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Beschäftigung als:			
Auszubildender:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Praktikant:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Beschäftigungsverhältnis:	<input type="checkbox"/> Vollzeit <input type="checkbox"/> Teilzeit Std./Woche	<input type="checkbox"/> 400 € Basis	<input type="checkbox"/> KFB
Nebenerwerbstätigkeit:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Art:	Stundenumfang:
Nebenerwerbstätig. bleibt bestehen:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Bestehen weitere Beschäftigungsverhältn.:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Art:	Stundenumfang:
Versicherung			
Renten- bzw. Sozialvers.-Nummer:			
Vers.-Nummer anderer EU-Mitgl.			
Krankenkasse:			

Gehaltsvereinbarung			
Bruttogehalt:		Stundenlohn:	
Wöchentl. Arbeitszeit:		Ausbildungsverg.:	
Tariflohn:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Urlaubsanspruch:	
Art der Gehaltszahlung:	<input type="checkbox"/> Bar <input type="checkbox"/> Überweisung <input type="checkbox"/> Scheck		
Konto-Nr. d. Arbeitnehm:		Bankleitzahl:	
Kreditinstitut:			
Lohnpfändung:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Höhe:	AZ:
Lohnsteuer			
Identifikationsnummer:			
Steuerklasse:		Konfession:	Kinder FB:
Vermögenswirks. Leistungen	<input type="checkbox"/> liegt vor	<input type="checkbox"/> Vertrag vorlegen	<input type="checkbox"/> liegt nicht vor
Arbeitgeberanteil:	€	Arbeitnehm.Ant.:	zahlbar ab.:
Betriebliche Altersvorsorge	<input type="checkbox"/> liegt vor	<input type="checkbox"/> Vertrag vorlegen	<input type="checkbox"/> liegt nicht vor
Arbeitgeberanteil:	€	Arbeitnehm.Ant.:	zahlbar ab:

Erforderliche Arbeitspapiere:			
Kopie Sozialversicherungsausweis	<input type="checkbox"/> anbei	<input type="checkbox"/> folgt	
Mitgliedsbescheinigung d. Krankenk.	<input type="checkbox"/> anbei	<input type="checkbox"/> folgt	
Nachweis Elterneigenschaft / Kopie Geburtsurkunde des Kindes	<input type="checkbox"/> anbei	<input type="checkbox"/> folgt	
Elstam – Daten v. Finanzamt oder Lohnsteuer-Karte 2010	<input type="checkbox"/> anbei	<input type="checkbox"/> folgt	
Kopie Arbeitsvertrag	<input type="checkbox"/> anbei	<input type="checkbox"/> folgt	
Kopie der Arbeitserlaubnis *)	<input type="checkbox"/> anbei	<input type="checkbox"/> folgt	gültig bis:
Kopie der Aufenthaltserlaubnis **)	<input type="checkbox"/> anbei	<input type="checkbox"/> folgt	gültig bis:
Kopie Studienbescheinigung	<input type="checkbox"/> anbei	<input type="checkbox"/> folgt	

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 unvollständig oder unrichtige Angaben Nachteile entstehen, bin ich schadensersatzpflichtig.

Ort u. Datum

Unterschrift Arbeitnehmer

Unterschrift / Stempel Arbeitgeber