

Datenblatt Neueinstellung Mitarbeiter*in

Arbeitgeber: beschäftigt bei _____

Persönliche Daten: Name _____

Vorname _____

Geburtsname _____

Straße _____

PLZ/Ort _____

Geburtstag _____

Geburtsort _____

Familienstand _____

Kinder / Anzahl _____

Staatsangehörigkeit _____

Bankverbindung (BIC) _____

Bankverbindung (Iban) _____

Sozialversicherungsnummer _____

Krankenkasse _____

Schulabschluss _____

Berufsausbildung _____

Steuer-ID _____

Religion _____

Tätigkeit: Beginn _____

eingestellt als _____

Zur Zeit: Schüler*in ja nein

Student*in ja nein

Rentner*in ja nein

Hausfrau(mann) ja nein

Selbstständig ja nein

Hauptbeschäftigung	ja <input checked="" type="radio"/>	nein <input type="radio"/>
Firma	<hr/>	
von/bis/Gehalt	<hr/>	
weiterer Minijob	ja <input checked="" type="radio"/>	nein <input type="radio"/>
Firma	<hr/>	
von/bis/Gehalt	<hr/>	
Kurzfristige Beschäftigung im laufenden Kalenderjahr	ja <input checked="" type="radio"/>	nein <input type="radio"/>
Firma	<hr/>	
von/bis/Gehalt	<hr/>	
arbeitslos	ja <input checked="" type="radio"/>	nein <input type="radio"/>
Arbeitsamt	<hr/>	
Nummer	<hr/>	
mit Leistungsbezug	ja <input checked="" type="radio"/>	nein <input type="radio"/>
Bezug ALG2 Leistungen	ja <input checked="" type="radio"/>	nein <input type="radio"/>

Befreiungsrecht bei Minijob:

Ich nehme das Befreiungsrecht **nicht** in Anspruch und zahle Beiträge zur Rentenversicherung (es bleibt bei der Rentenversicherungspflicht durch den Arbeitnehmer (3,7%) / 6100) ja nein

Ich nehme das Befreiungsrecht in Anspruch und zahle **keine** ergänzenden Beiträge zur Rentenversicherung (keine Rentenversicherungspflicht durch den Arbeitnehmer / 6500) ja nein

Achtung: Auf Option zur Rentenversicherungsfreiheit muss vom Arbeitgeber hingewiesen werden! Die Befreiung kann nicht widerrufen werden!

Ich versichere diese Angaben wahrheitsgemäß gemacht zu haben. Jede Änderung, insbesondere die Aufnahme einer weiteren Beschäftigung werde ich unverzüglich mitteilen. Bei unwahren Angaben oder Verletzung meiner Anzeigepflicht erkläre ich mich bereit, die vom Sozialversicherungsträger nachgeforderten Beiträge zu erstatten.

Datum, Unterschrift Arbeitnehmer*In
