

Checkliste zur versicherungsrechtlichen / lohnsteuerrechtlichen Beurteilung bei Neueinstellung von Mitarbeitern

Persönliche Angaben

Name:		Vorname:	
Anschrift:			
Staatsangehörigkeit:			
Geschlecht	<i>(bitte ankreuzen)</i>		
<input type="radio"/> weiblich	<input type="radio"/> männlich	<input type="radio"/> divers	
Familienstand:		Berufsausbildung:	
Kinderanzahl: <i>(Kopie Geburtsurkunde/n erforderlich)</i>		Steueridentifikationsnummer:	
Renten-/Sozialversicherungsnummer:			

ab 2024 erforderliche Angaben:

<u>Geburtsname:</u>
<u>Geburtsdatum & Geburtsort:</u>

Status bei Beginn der Beschäftigung:

<input type="radio"/> Arbeiterin / Arbeiter (sozialversicherungspflichtige Beschäftigung)	
<input type="radio"/> Angestellte / Angestellter (sozialversicherungspflichtige Beschäftigung)	
<input type="radio"/> Auszubildende / Auszubildender	
<input type="radio"/> Rentner	seit: Rentenart:
<input type="radio"/> Schwerbehindert	Grad der Behinderung:

Sozialversicherung (BITTE MITGLIEDSBESCHEINIGUNG(EN) BEIFÜGEN !!!)

<u>Gesetzliche Krankenversicherung bei:</u>	<input type="radio"/> freiwilligversichert	<input type="radio"/> pflichtversichert
<u>Privatversicherung bei :</u> <u>(Bitte Bescheinigung gem § 10 Abs. 1 Nr. 3 EStG beifügen !!!)</u>		
<i><u>(Bitte denken Sie daran, fristgerecht (innerhalb 3 Monate nach Beschäftigungsbeginn) den Befreiungsantrag bei der Deutschen Rentenversicherung Bund zu stellen. Abschließend bitten wir um Zusendung einer Kopie des Befreiungsbescheides.) => ohne Befreiungsbescheid keine Beiträge an das Versorgungswerk.</u></i>	<u>Versorgungswerk:</u> <u>Mitgliedsnummer:</u>	

Bankverbindung

<u>IBAN:</u>
<u>Abweichender Kontoinhaber:</u>

Angaben zur Beschäftigung

<u>Ausgeübte Tätigkeit:</u>	
<u>Eintrittsdatum:</u>	<u>wöchentl. Arbeitszeit:</u>
<u>Berufsjahr bei Eintritt:</u>	
<input type="radio"/> MONTAG (bitte jeweils ankreuzen)	<u>Stundenanzahl:</u>
<input type="radio"/> DIENSTAG	<u>Stundenanzahl:</u>
<input type="radio"/> MITTWOCH	<u>Stundenanzahl:</u>
<input type="radio"/> DONNERSTAG	<u>Stundenanzahl:</u>
<input type="radio"/> FREITAG	<u>Stundenanzahl:</u>
<input type="radio"/> SAMSTAG	<u>Stundenanzahl:</u>
<input type="radio"/> SONNTAG	<u>Stundenanzahl:</u>

<u>Arbeitsverhältnis befristet</u>	<input type="radio"/> <u>JA, bis:</u>
	<input type="radio"/> NEIN

Gehalt

<u>Mtl. Festbetrag:</u>	<u>Stundenlohn:</u>
-------------------------	---------------------

Vermögenswirksame Leistungen

<input type="radio"/> JA	<input type="radio"/> NEIN
--------------------------	----------------------------

Betriebliche Altersvorsorge

<input type="radio"/> JA	<input type="radio"/> NEIN
<input type="radio"/> zusätzlich zum Gehalt	
<input type="radio"/> Gehaltsverzicht	

Weitere Beschäftigungsverhältnisse

<input type="radio"/> JA		<input type="radio"/> NEIN	
<u>Arbeitgeber mit Adresse:</u>	<u>seit:</u>	<u>Std./Woche:</u>	
		<u>Gehalt/Monat:</u>	
<u>Arbeitgeber mit Adresse:</u>	<u>seit:</u>	<u>Std./Woche:</u>	
		<u>Gehalt/Monat:</u>	

Vorarbeitgeberwerte bei Eintritt im laufenden Kalenderjahr

<u>Nachweis durch</u>	
<input type="radio"/> Kopie/n der Lohnsteuerbescheinigungen	<input type="radio"/> Angabe der Beschäftigungszeiträume
	<u>von-bis:</u>
	<u>von-bis:</u>

Folgende Unterlagen liegen bei:	Folgende Unterlagen werden nachgereicht
<input type="radio"/> Krankenkassenmitgliedsbescheinigung	<input type="radio"/> Krankenkassenmitgliedsbescheinigung
<input type="radio"/> Kopie Vertrag Vermögenswirksame Leist.	<input type="radio"/> Kopie Vertrag Vermögenswirksame Leist.
<input type="radio"/> Kopie Vertrag Betriebliche Altersvorsorge	<input type="radio"/> Kopie Vertrag Betriebliche Altersvorsorge
<input type="radio"/> Kopie Arbeitsvertrag	<input type="radio"/> Kopie Arbeitsvertrag
<input type="radio"/> Kopie Befreiungsbescheid DRV	<input type="radio"/> Kopie Befreiungsbescheid DRV
<input type="radio"/> Elternnachweis	<input type="radio"/> Elternnachweis
<input type="radio"/> Kopie Rentenbescheid	<input type="radio"/> Kopie Rentenbescheid

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

Ort, Datum:

Unterschrift:
