



## Personalstammbogen für sozialversicherungspflichtige Arbeitnehmer/innen

Arbeitgeber/in: \_\_\_\_\_

Firmenstempel: \_\_\_\_\_

---

### Arbeitnehmer/in:

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ Titel: \_\_\_\_\_

Geburtsname: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_ Haus-Nr.: \_\_\_\_\_

Postleitzahl: \_\_\_\_\_ Wohnort: \_\_\_\_\_

geboren am: \_\_\_\_\_ in: \_\_\_\_\_ Familienstand: \_\_\_\_\_

Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_ Religion: \_\_\_\_\_ Geschlecht: \_\_\_\_\_

Eintrittsdatum: \_\_\_\_\_ Kinder: ☐ ja / ☐ nein Schwerbehinderung: ☐ ja / ☐ nein

Kind 1: (Name, Vorname, Geburtsdatum) \_\_\_\_\_

Kind 2: (Name, Vorname, Geburtsdatum) \_\_\_\_\_

Kind 3: (Name, Vorname, Geburtsdatum) \_\_\_\_\_

Kind 4: (Name, Vorname, Geburtsdatum) \_\_\_\_\_

Bei nicht EG- Staatsangehörigen: Arbeitsbescheinigung liegt bei: ☐ ja / ☐ nein

---

Lohn-/ Gehaltsauszahlung: ☐ Bar ☐ Scheck ☐ Überweisung

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

---

### Lohnsteuer:

Steuer-ID Nr.: \_\_\_\_\_

Steuerklasse: \_\_\_\_\_ Kinderfreibetrag: \_\_\_\_\_ Steuerfreibetrag: \_\_\_\_\_

---

Zuständige Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Mitgliedsbescheinigung der Krankenkasse liegt bei: ☐ ja / ☐ nein

Kündigungsbestätigung bei Wechsel der Krankenkasse liegt bei: ☐ ja / ☐ nein

Freiwillig gesetzlich versichert: ☐ ja / ☐ nein Privat versichert: ☐ ja / ☐ nein

Sozialversicherungsnummer: \_\_\_\_\_



Berufsgruppe: \_\_\_\_\_

(z.B. Arbeiter, Angestellter, gewerbl./kfm. Auszubildender, gewerbl./kfm. Aushilfe)

Beschäftigt als (Bsp.: kfm. Angestellter): \_\_\_\_\_

Wöchentliche Arbeitszeit: \_\_\_\_\_ Stundenlohn: \_\_\_\_\_ Festgehalt: \_\_\_\_\_

Firmen Pkw-Nutzung: \_\_\_\_\_ ☐ ja / ☐ nein

Sachbezug: \_\_\_\_\_ Verpflegung: ☐ ja / ☐ nein Unterkunft: ☐ ja / ☐ nein

---

VL- Vertrag liegt vor: ☐ nein ☐ ja, eine Kopie ist diesem Personalstammbogen beigelegt

AG- Anteil VL: \_\_\_\_\_

---

Betriebliche-Altersvorsorge: ☐ ja / ☐ nein

Vertrag liegt vor: ☐ nein ☐ ja, eine Kopie ist diesem Personalstammbogen beigelegt

---

Schulbildung: \_\_\_\_\_

Abgeschlossene Berufsausbildung als: \_\_\_\_\_

Abgeschlossenes Fachhochschulstudium als: \_\_\_\_\_

Abgeschlossenes Hochschulstudium als: \_\_\_\_\_

---

Ich übe eine weitere Beschäftigung bei einem anderen Arbeitgeber aus: ☐ ja / ☐ nein

Monatliches Arbeitsentgelt aus der weiteren Beschäftigung: \_\_\_\_\_

Wöchentliche Arbeitszeit in der weiteren Beschäftigung: \_\_\_\_\_

Die weitere Beschäftigung ist ein Minijob: ☐ ja / ☐ nein

Die weitere Beschäftigung ist sozialversicherungspflichtig: ☐ ja / ☐ nein

---

#### Erklärung des Arbeitnehmers:

Hiermit bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben auf diesem Stammbogen. Bei unvollständigen oder nicht wahrheitsgemäßen Angaben kann keine Haftung für die korrekte sozialversicherungsrechtliche Beurteilung sowie für die korrekte Berechnung der Lohnsteuer übernommen werden.

Ich bin damit einverstanden, dass im Rahmen des Arbeitsverhältnisses alle notwendigen personenbezogenen Daten zu den Zwecken der Mitarbeiterverwaltung inklusive Entlohnung, der Weiterentwicklung und der Beendigung des Arbeitsverhältnisses sowie zur Erfüllung der gesetzlichen Vorschriften erhoben, verarbeitet und genutzt werden. Sobald sich in den persönlichen Daten etwas ändert, informiere ich meinen Arbeitgeber umgehend. Ich verpflichte mich, meinen Personalausweis (Pass, Passersatz, Ausweisersatz) immer mitzuführen.

Ort: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift Arbeitnehmer/in: \_\_\_\_\_