

M

PERSONALFRAGEBOGEN STUDENT / PRAKTIKANT (M/W/D)

Firmenstempel

Eintrittsdatum:

Austrittsdatum:

(falls schon bekannt)

PERSÖNLICHE DATEN

Name:

Vorname:

Straße / Hausnummer:

PLZ / Wohnort:

Geburtsdatum:

Geschlecht:

☐

männlich

☐

weiblich

☐

divers

Familienstand:

Staatsangehörigkeit:

SOZIALVERSICHERUNGS- DATEN

Rentenversicherungsnr.:

(gem. Sozialvers. Ausweis)

Geburtsname:

Geburtsort:

Geburtsland:

BEFRISTUNG

☐ Das Arbeitsverhältnis (AV) ist befristet.

☐ Der befristete Arbeitsvertrag wurde schriftlich abgeschlossen.

☐ Das AV war bei Abschluss des Arbeitsvertrages befristet zum _____

☐ Der befristete Arbeitsvertrag wurde abgeschlossen am _____

☐ Die befristete Beschäftigung war für mind. 2 Monate vorgesehen und eine Möglichkeit der Weiterbeschäftigung wurde durch den Arbeitgeber bei Abschluss des Vertrages in Aussicht gestellt.



KÖRPERLICHE BEEINTRÄCHTIGUNGEN

Schwerbehindert:

☐ ja

☐ nein


PRAKTIKUM

Handelt es sich bei der aufgenommenen Beschäftigung um ein Praktikum?

☐ Ja

> bitte hier weiter ausfüllen.
Nichtzutreffendes streichen

☐ Nein

> bitte bei "STUDIUM" weiter ausfüllen



Vor- oder Nachpraktikum:

ist das Praktikum in der Studien- oder Prüfungsordnung vorgeschrieben?

☐ Ja (Nachweis beifügen)

☐ Nein, es handelt sich um kein vorgeschriebenes Praktikum

Zwischenpraktikum: (praktischer Ausbildungsabschnitt während des Studiums / Immatrikulation)

ist das Zwischenpraktikum in der Studien- oder Prüfungsordnung vorgeschrieben?

☐ Ja (Nachweis beifügen)

☐ Nein, es handelt sich um kein vorgeschriebenes Praktikum

STUDIUM

Steht das Studium im Vordergrund? (die Voraussetzung „ordentlich Studierende“ ist erfüllt)



a) Überschreitet die wöchentliche Arbeitszeit insgesamt 20 Stunden, d.h. die Summe der wöchentlichen Arbeitszeiten aller Beschäftigungsverhältnisse? (Davon nicht betroffen sind Arbeitszeiten in den Semesterferien.)

☐ Ja, ich arbeite mehr als 20 Stunden / Woche

☐ Nein, ich arbeite weniger als 20 Stunden / Woche

b) Wird die Beschäftigung nur in der vorlesungsfreien Zeit ausgeübt? (z.b. Samstag, Sonntag, nachts etc.)

☐ Ja

☐ Nein

c) Wird die Beschäftigung ausschließlich in den Semesterferien ausgeübt?

☐ Ja

☐ Nein

d) Ist die Beschäftigung auf maximal 3 Monate oder 70 Arbeitstage im Kalenderjahr befristet?

☐ Ja, die Beschäftigung ist bis ☐ Nein

_____ befristet.*

* Wenn ja, reichen Sie bitte eine Aufstellung über alle Beschäftigungen des letzten Jahres mit Angabe der wöchentlichen Beschäftigungsstunden ein. Beginnen Sie die Aufstellung mit Beginn des aktuellen Beschäftigungsverhältnisses und rechnen Sie 12 Monate zurück.

Immatrikulationsbescheinigung
gültig bis _____

Hinweis: Bei Beendigung des Studiums übermitteln Sie uns bitte folgende Unterlagen bzw. Angaben:

☐ Exmatrikulationsbescheinigung

☐ Datum der letzten Prüfung _____

☐ Datum der Zeugnisübergabe _____



VERGÜTUNG / BANKVERBINDUNG

Lohn / Gehalt / Stundenlohn

Betrag:

Auszahlung:

☐ Bar

☐ Überweisung

Bankverbindung

IBAN:

BIC:

Bankbezeichnung:

TÄTIGKEIT

Ausgeübte Tätigkeit:

Schulische Laufbahn

Höchster Schulabschluss:

- ☐ Ohne Schulabschluss
- ☐ Haupt- / Volksschulabschluss
- ☐ Mittlere Reife / gleichwertiger Abschluss
- ☐ Abitur / Fachabitur

Höchste Berufsausbildung:

- ☐ Ohne beruflichen Ausbildungsabschluss
- ☐ Abschluss einer anerkannten Berufsausbildung
- ☐ Meister / Techniker / gleichwertiger Fachschulabschluss
- ☐ Bachelor
- ☐ Diplom / Magister / Master / Staatsexamen
- ☐ Promotion

Status während der Beschäftigung (m/w/d) Wichtig, bitte unbedingt ausfüllen

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Hausmann/frau | <input type="checkbox"/> Selbstständige/r |
| <input type="checkbox"/> Arbeitnehmer/in | <input type="checkbox"/> Wehr-/Zivildienstleistende/r |
| <input type="checkbox"/> Arbeitnehmer/in in Elternzeit | <input type="checkbox"/> Beamter/in |
| <input type="checkbox"/> Arbeitslos gemeldet | <input type="checkbox"/> Sozialhilfeempfänger/in |
| <input type="checkbox"/> Student/in | <input type="checkbox"/> Sonstiges |
| <input type="checkbox"/> Schüler/in | <hr/> |
| <input type="checkbox"/> Schulentlassene/r | <hr/> |
| <input type="checkbox"/> Altersrentner vor Erreichen der Regelaltersgrenze | |
| <input type="checkbox"/> Altersrentner nach Erreichen der Regelaltersgrenze | |



SOZIALVERSICHERUNG

Angaben zur Krankenversicherung

Ich bin krankenversichert bei: _____

☐ Ich bin gesetzlich krankenversichert

☐ Ich bin freiwillig krankenversichert

☐ Ich bin privat krankenversichert

(Bitte Bescheinigung über die Höhe der Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung nach § 257 SGB V beilegen)

Angaben zu Kindern

Haben / Hatten Sie Kinder? ☐ ja ☐ nein

(Bei „Ja“ bitte entsprechenden Nachweis erbringen z. B. Kopie der Geburtsurkunde, andernfalls ist ein Zusatzbeitrag zur Pflegeversicherung in Höhe von 0,25 % zu leisten → auch für Kinder, für die Sie kein Kindergeld mehr erhalten)

ANGABEN ZUR BESTEUERUNG

Steueridentifikationsnr.: _____

☐ Hauptarbeitgeber

☐ Nebenarbeitgeber

Lohnsteuerklasse / Faktor: _____

Konfession: _____

Kinderfreibetrag: _____

Sonstige Freibeträge: _____

ARBEITSZEIT / URLAUB / KOSTENSTELLE

Wöchentliche Arbeitszeit: _____

Tägliche Arbeitszeit: Mo ____ Di ____ Mi ____ Do ____ Fr ____ Sa ____ So ____

Urlaubsanspruch (Tage / Jahr): _____

Angabe der Kostenstelle

(auszufüllen vom Arbeitgeber)

FOLGENDE UNTERLAGEN SIND MIT DEM PERSONALBOGEN EINZUREICHEN

- Kopie der letzten elektronischen Lohnsteuerbescheinigung
- Mitgliedsbescheinigung der Krankenkasse
- Arbeitsvertrag/Ausbildungsvertrag
- Kopie des Vertrages Vermögenswirksame Leistungen
- Kindernachweis
- Immatrikulationsbescheinigung

BESCHEINIGUNG ELEKTRONISCH ANNEHMEN (BEA)

Ich stimme der elektronischen Übermittlung von Arbeits- und Nebeneinkommensbescheinigungen an die Bundesagentur für Arbeit zu.

☐

M

ERKLÄRUNG DES ARBEITNEHMERS (M/W/D)

Ich versichere, dass die vorstehenden Angaben der Wahrheit entsprechen. Ich verpflichte mich, meinem Arbeitgeber alle Änderungen, insbesondere in Bezug auf weitere Beschäftigungen (in Bezug auf Art, Dauer und Entgelt) unverzüglich mitzuteilen.

Ort, Datum

Unterschrift Arbeitnehmer (m/w/d)

Ort, Datum

Unterschrift Arbeitgeber (m/w/d)