

# V Personalstammblatt

für versicherungspflichtig beschäftigte Arbeitnehmer  
(grau hinterlegte Felder sind vom Arbeitgeber auszufüllen)

Firma: \_\_\_\_\_

Name des Mitarbeiters

Personalnummer

--	--

## Persönliche Angaben

Familienname ggf. Geburtsname	Vorname
Straße und Hausnummer inkl. Anschriftenzusatz	PLZ, Ort
Geburtsdatum	Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
Versicherungsnummer gem. Sozialversicherungsausweis	Familienstand
Geburtsort, -land	Schwerbehindert <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Staatsangehörigkeit	Arbeitnehmernummer Sozialkasse – Bau
Kontonummer (IBAN)	Bankleitzahl/Bankbe- zeichnung (BIC)

## Beschäftigung

Eintrittsdatum	Ersteintritts- datum	Betriebsstätte
Berufsbezeichnung		Ausgeübte Tätigkeit
<input type="checkbox"/> Hauptbeschäftigung		<input type="checkbox"/> Nebenbeschäftigung
Üben Sie weitere Beschäftigungen aus? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Höchster Schulabschluss	<input type="checkbox"/> ohne Schulabschluss <input type="checkbox"/> Haupt-/Volksschulabschluss <input type="checkbox"/> Mittlere Reife/gleichwertiger Abschluss <input type="checkbox"/> Abitur/Fachabitur	Höchste Berufs- ausbildung
		<input type="checkbox"/> ohne beruflichen Ausbildungsabschluss <input type="checkbox"/> Anerkannte Berufsausbildung <input type="checkbox"/> Meister/Techniker/gleichwertiger Fachschulabschluss <input type="checkbox"/> Bachelor <input type="checkbox"/> Diplom/Magister/ Master/Staatsexamen <input type="checkbox"/> Promotion
Beginn der Ausbildung:	Voraussichtliches Ende der Ausbildung:	Im Baugewerbe beschäftigt seit
Wöchentliche Arbeitszeit: <input type="checkbox"/> Vollzeit <input type="checkbox"/> Teilzeit	Ggf. Verteilung d. wöchentl. Arbeitszeit (Std.) Mo___ Di___ Mi___ Do___ Fr___ Sa___	Urlaubsanspruch (Kalenderjahr)
Kostenstelle	Abt.-Nummer	Personengruppe

## Befristung

<input type="checkbox"/> Das Arbeitsverhältnis ist befristet	Befristung Arbeitsvertrag zum:
<input type="checkbox"/> Das Arbeitsverhältnis ist zweckbefristet	
<input type="checkbox"/> Schriftlicher Abschluss des befristeten Arbeitsvertrages	Abschluss Arbeitsvertrag am:
<input type="checkbox"/> befristete Beschäftigung ist für mindestens 2 Monate vorgesehen, mit Aussicht auf Weiterbeschäftigung	

# V Personalstammblatt

für versicherungspflichtig beschäftigte Arbeitnehmer  
(grau hinterlegte Felder sind vom Arbeitgeber auszufüllen)

Firma: \_\_\_\_\_

Name des Mitarbeiters

Personalnummer

## Steuer

Identifikationsnummer	Finanzamt-Nr.	Steuerklasse/Faktor	Kinderfreibeträge	Konfession
-----------------------	---------------	---------------------	-------------------	------------

## Sozialversicherung

Gesetzl. Krankenkasse (bei PKV: letzte ges. Krankenkasse)			Elterneigenschaft <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
KV	RV	AV	PV	UV - Gefahrtarif

## Entlohnung

Bezeichnung	Betrag	Gültig ab	Stundenlohn	Gültig ab

## VWL - nur notwendig, wenn Vertrag vorliegt

Empfänger VWL	Betrag	AG-Anteil (Höhe mtl.)
	Seit wann	Vertragsnummer
Kontonummer (IBAN)	Bankleitzahl/Bankbezeichnung (BIC)	

## Betriebliche Altersvorsorge - nur notwendig, wenn Vertrag vorliegt

Vertragsbeginn: _____	Institut/Versicherungsträger: _____
<input type="checkbox"/> Pensionsfonds	<input type="checkbox"/> Pensionskasse
<input type="checkbox"/> Unterstützungskasse	<input type="checkbox"/> Direktversicherung
	<input type="checkbox"/> Direktzusage
Betrag Arbeitgeberanteil: _____	Betrag Arbeitnehmeranteil: _____

**Bitte Police einreichen!**

## Angaben zu den Arbeitspapieren

Arbeitsvertrag	<input type="checkbox"/> liegt vor
SV-Ausweis	<input type="checkbox"/> liegt vor
Mitgliedsbescheinigung Krankenkasse	<input type="checkbox"/> liegt vor
Bescheinigung zur privaten Krankenversicherung	<input type="checkbox"/> liegt vor
VWL Vertrag	<input type="checkbox"/> liegt vor
Nachweis Elterneigenschaft	<input type="checkbox"/> liegt vor
Vertrag Betriebliche Altersversorgung	<input type="checkbox"/> liegt vor
Schwerbehindertenausweis	<input type="checkbox"/> liegt vor
Unterlagen Sozialkasse Bau/Maler	<input type="checkbox"/> liegt vor
Sonstiges: _____	<input type="checkbox"/> liegt vor

# V Personalstammblatt

für versicherungspflichtig beschäftigte Arbeitnehmer  
(grau hinterlegte Felder sind vom Arbeitgeber auszufüllen)

Firma: \_\_\_\_\_

Name des Mitarbeiters

Personalnummer

## Einverständniserklärung

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass meine persönlichen Daten an die lohnabrechnende Stelle (Steuerberater) weitergeleitet und dort verarbeitet werden.

\_\_\_\_\_ Datum

\_\_\_\_\_ Unterschrift Arbeitnehmer

## Widerspruch BEA (Bescheinigungen elektronisch annehmen)

Mein Arbeitgeber übermittelt bei Bedarf Bescheinigungen elektronisch und hat mich hierüber informiert (zurzeit nur an die Bundesagentur für Arbeit möglich).

Hiermit widerspreche ich der elektronischen Übermittlung meiner Daten.

ja, bei Bedarf fordere ich eine Bescheinigung in Papierform an

nein

\_\_\_\_\_ Datum

\_\_\_\_\_ Unterschrift Arbeitnehmer

## Nutzungserklärung für „Arbeitnehmer online“

Ich möchte „Arbeitnehmer online“ nutzen, das Mitarbeiterportal für die digitale Zusammenarbeit und meine Lohnabrechnung sowie die Meldungen zur Sozialversicherung und ggf. die Lohnsteuerbescheinigung dort selbst abrufen.

ja, ab \_\_\_\_\_  
M M J J

nein

Die zusätzlichen Informationen zur Funktionsweise und Datensicherheit unter [www.datev.de/ano](http://www.datev.de/ano) habe ich gelesen. Mir ist bewusst, dass keine zusätzliche Zustellung der oben genannten Auswertungen seitens des Arbeitgebers erfolgt. Spätestens bei Beendigung dieses Beschäftigungsverhältnisses werde ich alle bis dahin bereitgestellten Dokumente sichern, da sie danach durch diesen Arbeitgeber gesperrt werden.

\_\_\_\_\_ Datum

\_\_\_\_\_ Unterschrift Arbeitnehmer

**Erklärung des Arbeitnehmers:** Ich versichere, dass die vorstehenden Angaben der Wahrheit entsprechen. Ich verpflichte mich, meinem Arbeitgeber alle Änderungen, insbesondere weitere Beschäftigungen (in Bezug auf Art, Dauer und Entgelt) unverzüglich mitzuteilen. Mir ist bekannt, dass ich für unzutreffende bzw. unterlassende Angaben persönlich in Haftung genommen werden kann! Entsteht durch eine unterlassende oder verspätete Mitteilung dem Arbeitgeber ein materieller Schaden, verpflichte ich mich zum Ersatz dieses Schadens. Ich verzichte ausdrücklich auf die Anwendung gesetzlicher Ausschlussfristen im Zusammenhang mit nachträglich entstandenen Verpflichtungen des Arbeitgebers zur Zahlung von Beiträgen zur Kranken-, Pflege-, Renten- und Arbeitslosenversicherung.

\_\_\_\_\_ Datum

\_\_\_\_\_ Unterschrift Arbeitnehmer

\_\_\_\_\_ Datum

\_\_\_\_\_ Unterschrift Arbeitgeber