

# Fragebogen für kurzfristig Beschäftigte



Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsname: \_\_\_\_\_ Geburtstag: \_\_\_\_\_

Geburtsort: \_\_\_\_\_ Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_ Konfession: \_\_\_\_\_

PLZ: \_\_\_\_\_ Wohnort: \_\_\_\_\_ Telefon-Nr.: \_\_\_\_\_

IBAN: \_\_\_\_\_ BIC: \_\_\_\_\_

Bankleitzahl: \_\_\_\_\_ Kontonummer: \_\_\_\_\_

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

Krankenkasse: \_\_\_\_\_ **bitte Mitgliedsbescheinigung (Original) beifügen !**

Anschrift der Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Identifikationsnummer: \_\_\_\_\_ Steuerklasse: \_\_\_\_\_ Kirchensteuer Steuerpfl.: \_\_\_\_\_

gesetzlich (familien-) versichert  freiwillig (familien-) versichert  privat (familien-) versichert

Beginn der Beschäftigung: \_\_\_\_\_ Wöchentliche Arbeitszeit: \_\_\_\_\_

Stundensatz: \_\_\_\_\_ EUR Verdienst/Mon.: \_\_\_\_\_ EUR **Bitte Arbeitsvertrag beilegen!**

## Welchen Schulabschluss haben Sie?

Ohne Schulabschluss (1)  Haupt/Volksschulabschluss (2)   
 Mittlere Reife oder gleichwertiger Abschluss (3)  Abitur/Fachabitur (4)  Abschluss unbekannt

## Welche Ausbildung haben Sie?

Ohne berufl. Ausbildungsabschluss (1)  Abschluss einer anerkannten Berufsausbildung (2)   
 Meister/Techniker- o. gleichwertiger Fachschulabschluss (3)  Bachelor (4)  Promotion (6)   
 Diplom/Magister/Master/Staatsexamen (5)  Abschluss unbekannt (9)

## **Sozialversicherung:**

- Der Arbeitnehmer erklärt, daß er im laufenden Kalenderjahr kein kurzfristiges Beschäftigungsverhältnis hatte
- Der Arbeitnehmer erklärt, daß er im laufenden Kalenderjahr ein/mehrere kurzfristige Beschäftigungsverhältnisse hatte, und zwar:

	Beschäftigungstage	vom	bis
1. Arbeitsverh.			
2. Arbeitsverh.			
3. Arbeitsverh.			
Summe:			

## **Haben Sie noch ein weiteres Beschäftigungsverhältnis?**

- Nein
- Ja Bitte die nachfolgenden Fragen beantworten

Ich arbeite hauptberuflich bei Firma: \_\_\_\_\_  
 und bin zur Sozialversicherung angemeldet.

Ich habe eine weitere geringfügige Beschäftigung bei Firma: \_\_\_\_\_

Monatsverdienst weitere Beschäftigung: \_\_\_\_\_ Wöchentliche Arbeitszeit: \_\_\_\_\_

Ich weiß, daß ich für falsche oder unvollständige Angaben haftbar gemacht werden kann.  
 Hiermit verpflichte ich mich, meinen Arbeitgeber unverzüglich darüber zu informieren,  
 wenn an der jetzigen Sachlage eine Veränderung eintritt.

Durch meine Unterschrift bestätige ich, wahrheitsgemäße Angaben gemacht zu haben.

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