

Änderung Mitarbeiterdaten

Letzte Aktualisierung: 10/2022

FIRMA/ARBEITGEBER	
Firma/Name:	
Adresse:	
Telefon und E-Mail:	

ÄNDERUNGEN: ARBEITNEHMER			
Gültig ab:		Personalnummer:	
Familienname:		Titel:	
Vorname:			
Straße und Hausnummer:			
Postleitzahl und Ort:			
Staatsangehörigkeit: *		Geschlecht:	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> unbestimmt <input type="checkbox"/> divers
Kinder mit Geburtsjahr: **		Familienstand:	
Schwerbehindertenausweis:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja ***	ausstellende Behörde:	

*bei nicht EU-Staatsbürgern wird eine Arbeits- und Aufenthaltsgenehmigung benötigt

**bei Kindern werden die Geburtsurkunden benötigt

***bei Behinderungen wird ein Nachweis benötigt

ÄNDERUNGEN: VEREINBARUNGEN									
Arbeitszeit in Stunden:	<input type="checkbox"/> wöchentlich:		<input type="checkbox"/> monatlich:						
Verteilung der Arbeitszeit:	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So		
Art und Höhe des Gehaltes:	<input type="checkbox"/> Gehalt brutto:								
	<input type="checkbox"/> Stundenlohn brutto:								
	<input type="checkbox"/> Ausbildungsvergütung:								
Zusatzleistungen:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, folgende Leistungen:								
Urlaubsanspruch:	<input type="checkbox"/> Tage:		<input type="checkbox"/> Stunden:						
Kündigungsfrist:	Das Beschäftigungsverhältnis ist innerhalb von						jeweils zum		kündbar.
Kreditinstitut:									
IBAN:									

ÄNDERUNG: STEUER	
Konfession	
Beschäftigung:	<input type="checkbox"/> Hauptbeschäftigung/erst Beschäftigung <input type="checkbox"/> Nebenbeschäftigung
Kinderfreibetrag:	

ÄNDERUNG: SOZIALVERSICHERUNG	
Tätigkeit/Anstellung als:	
Ort der Tätigkeit:	
Mehrfachbeschäftigung:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, ich übe derzeit folgende Beschäftigungen aus: (von bis; Arbeitgeber, Verdienst bzw. Beschäftigungsart)
Krankenversicherung: *	<input type="checkbox"/> gesetzlich verpflichtet, bei:
	<input type="checkbox"/> freiwillig gesetzlich, bei:
	<input type="checkbox"/> privat, bei:
Personengruppe:	<input type="checkbox"/> sozialversicherungspflichtig ohne besondere Merkmale
	<input type="checkbox"/> Familienangehöriger:
	<input type="checkbox"/> Auszubildender **
	<input type="checkbox"/> Praktikant

	<input type="checkbox"/> Rentner
	<input type="checkbox"/> andere Personengruppe:
Schulabschluss:	<input type="checkbox"/> ohne Schulabschluss
	<input type="checkbox"/> Haupt-/Volksschulabschluss
	<input type="checkbox"/> Mittlere Reife oder gleichwertig
	<input type="checkbox"/> Abitur/Fachabitur
Ausbildungsabschluss:	<input type="checkbox"/> ohne beruflichen Ausbildungsabschluss
	<input type="checkbox"/> Abschluss einer anerkannten Berufsausbildung, als:
	<input type="checkbox"/> Meister/Techniker oder gleichwertig, als:
	<input type="checkbox"/> Bachelor, als:
	<input type="checkbox"/> Diplom/Magister/Master/Staatsexamen, als:
	<input type="checkbox"/> Promotion

*bei freiwillig gesetzlichen und privaten Krankenversicherung wird die Krankenkassenbescheinigung zur Erlangung des AG-Zuschusses benötigt

**bei Auszubildende wird der Ausbildungsvertrag benötigt

ÄNDERUNG: VERTRÄGE *	
VWL	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja: Institut/Bausparkasse:
	Arbeitnehmeranteil: Arbeitgeberanteil:
	Gesamtsumme: Vertragsbeginn:
	Kreditinstitut:
	IBAN:
bAV	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja: Versicherung:
	Arbeitnehmeranteil: Arbeitgeberanteil:
	Gesamtsumme: Vertragsbeginn:
	Kreditinstitut:
	IBAN:

*bei VWL und bAV Verträgen, werden die jeweiligen Verträge bzw. Bescheinigungen benötigt

SONSTIGES	
Sonstige Änderungen	

GRUND	
Grund der Änderung:	

Ich versichere, die oben gemachten Angaben vollständig und wahrheitsgemäß gemacht zu haben. Sollten sich im Verlauf meiner Beschäftigung Veränderungen ergeben, werde ich diese unverzüglich mitteilen. Soweit meinem Arbeitgeber durch unvollständige oder unrichtige Angaben Nachteile entstehen, bin ich schadenersatzpflichtig.

Ort, Datum

Unterschrift Arbeitnehmer bzw. gesetzlicher Vertreter

Unterschrift / Stempel Arbeitgeber

Hiermit erkläre ich nach der DSGVO mein Einverständnis, dass meine persönlichen Daten für die Lohnabrechnung verwendet, gespeichert und von einem EDV-Dienstleister verarbeitet und aufbewahrt werden. Darüber hinaus ermächtige ich den Arbeitgeber zur Datenarchivierung über das Dienstverhältnis hinaus für die Dauer u. a. der steuerrechtlichen Aufbewahrungsfristen. Sind die (steuer-)rechtlichen oder sozialversicherungsrechtlichen Aufbewahrungsfristen abgelaufen, muss eine Löschung meiner persönlichen Daten nach Beendigung des Dienstverhältnisses erfolgen. Die Datenweitergabe für Bescheinigungen usw. im Rahmen des Dienstverhältnisses oder für arbeits-, sozialversicherungs- und steuerrechtliche als auch für berufsgenossenschaftliche Vorgänge ist erlaubt; darüber hinaus ist die Weitergabe an weitere Dritte grundsätzlich untersagt.

Der **vollständig ausgefüllte** und **unterschiedene** Fragebogen ist für die Lohnabrechnung zwingend erforderlich!

Steuerkanzlei Ritter, Vogt & Lindau

Tel.: 08261 7666-0; Fax: 08261 7666-50; info@steuer-mn.de