

Personalstammdaten

Auszubildende/r

Firma : _____

Name, Vorname : _____

Straße-Nr. : _____

Plz - Wohnort : _____

Konfession : _____

SV - Nummer : _____

Geburtsdatum : _____

Nationalität : _____

Eintrittsdatum : _____

falls SV-Nummer nicht vorhanden:

Geburtsort /land : _____

Geburtsname : _____

Steuer ID-Nr. : _____

Geschlecht : weiblich männlich

Tätigkeit : _____

Wochen- bzw. Monatsarbeitszeit: _____ Std

Ausbildungsvergütung : 1. Aj: _____ € 2. Aj: _____ € 3. Aj: _____ €

Bankname : _____

IBAN : _____

BIC : _____

Elektronische Lohnsteuerabzugsmerkmale (ELStAM):

Steuerklasse : _____

Anzahl der Kinder : _____

Krankenkasse:

Sind Sie in der gesetzlichen Krankenkasse versichert ?

Ja Nein, privat versichert Familienversichert

Name der Krankenkasse: _____

Haben Sie sonstige beitragspflichtige Einkünfte: nein ja:

versicherungspflichtige Beschäftigung

Rente gesetzliche RV

Versorgungsbezüge (Betriebsrente, Pension)

Arbeitslosengeld (SGB III)

Arbeitslosengeld II (SGB II)

Sonstiges: _____

Ich versichere, dass alle Angaben wahrheitsgemäß gemacht wurden und verpflichte mich, meinen Arbeitgeber über alle Veränderungen während meiner Tätigkeit unaufgefordert und unverzüglich zu unterrichten.

Ort / Datum

Unterschrift Auszubildende/r

Unterschrift Arbeitgeber