

Arbeitgeber:**Personal-Nr.****Personalblatt Angestellte**

Name:	Geburtsdatum:		
Vorname:	Staatsangehörigkeit:		
Straße:	PLZ; Ort:		
Eintrittsdatum:	Austrittsdatum:		
Familienstand:	Kinder	ja ☐	nein ☐
<i>Zur ggf. Auszahlung der <u>München-Zulage Kind</u> bitte das Formular „München-Zulage Kind“ ausfüllen.</i>			
<i>Zur Berücksichtigung der <u>Kinder für die Pflegeversicherung</u> das Formular „Kindernachweis Pflegeversicherung“ ausfüllen.</i>			
Rentenbezug	ja ☐	nein ☐	
<i>Art der Rente:</i>			
<i>Wenn ja, bitte eine Kopie vom Rentenbescheid beilegen</i>			
Schwerbehindert:	ja ☐	nein ☐	
<i>Wenn ja, bitte eine Kopie vom Schwerbehindertenausweis beilegen</i>			
Wöchentliche Arbeitszeit:			
Wochenarbeitstage bei Teilzeitbeschäftigung: (bitte ankreuzen)			
Montag ☐	Dienstag ☐	Mittwoch ☐	Donnerstag ☐ Freitag ☐
Tätigkeit:	Wochenstunden:		
☐ Vergütung nach Haustarif	Betrag:		
☐ Vergütung nach TVöD:	Entgeltgruppe:	Entgeltstufe:	
Jahre der Berufserfahrung:			
Steuer-Identifikationsnummer:			
Sozialversicherungsnummer:			
Mehrfachbeschäftigung:	ja ☐	nein ☐	
Krankenkasse:	seit:		
Steuerklasse:	Kinderfreibetrag:	Konfession:	
Schulabschluss:		Berufsausbildung:	
Bankverbindung für Lohn und Gehalt:			
Zahlungsempfänger:		Bank:	
IBAN:		BIC:	
Bankverbindung für vermögenswirksame Leistung: . (bitte Kopie vom Vertrag beilegen!)			
Zahlungsempfänger:		Vertragsnummer:	
IBAN:		BIC:	
monatlicher Sparbetrag:			

O Ich übe keine weiteren Beschäftigungen aus

O Ich übe weitere Beschäftigungen aus:

Arbeitgeber	seit	Bruttoverdienst
.....		
.....		
.....		

**Ihre Angaben werden für die Überprüfung der Sozialversicherungspflicht benötigt.
Entstehen durch falsche oder mangelhafte Angaben Kosten, so gehen diese zu Ihren Lasten (Arbeitnehmer).
Sie verpflichten sich, alle Änderungen, insbesondere die Aufnahme weiterer Beschäftigungen, Ihrem Arbeitgeber unverzüglich mitzuteilen.
Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie die Richtigkeit und Verbindlichkeit der Angaben.**

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift des Arbeitnehmers