

Einstellung ab: Arbeitnehmer in Gleitzone (zw. 603 u. 2.000 € mtl.)
 Änderung

Firma:

Bitte vollständig ausfüllen!

Nachname: Vorname: Geburtsname:
Straße: PLZ: Ort:

Staatsangehörigkeit: Arbeitserlaubnis: ja nein Geschlecht: m/ w/ d

RV / SV Nr.: **oder** Geburtsdatum: Geburtsort:

IBAN: BIC:
Bankbezeichnung: abw. Kontoinhaber:

höchster Schulabschluss: höchster beruflicher Abschluss:

Krankenversichert bei: **vom Arbeitnehmer auszufüllen!**
(Name der Krankenkasse)
Werden neben dieser Beschäftigung weitere Beschäftigungen ausgeübt?: ja nein
Wenn **ja** folgende Angaben machen:

Name des Arbeitgebers, Adresse	seit wann dort beschäftigt?	mtl. Verdienst Brutto in €
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit der gemachten Angaben und verpflichte mich, Veränderungen während meiner Tätigkeit dem Arbeitgeber **unaufgefordert und unverzüglich** mitzuteilen.

Datum Unterschrift Arbeitnehmer

Beschäftigung laut Arbeitsvertrag:
Eintritt: Austritt: Urlaubsanspruch pro Jahr: Tage

Tätigkeit: Gehalt/Monatslohn: € Brutto wöchentliche Arbeitszeit:
 Netto Stundenlohn: €
(Wichtig: bitte Brutto oder Netto ankreuzen)

evtl. gewährte Sachbezüge (z.B. Firmenwagen / Unterkunft / Verpflegung .o.ä.): ja nein
wenn **ja**, welche:

VL-Vertrag: ja nein wenn **ja**, monatlich AN: € monatlich AG-Zuschuss: €
Institution: Vertragsnummer:
Bankverbindung: IBAN: BIC:

Steuermerkmale:
Identifikationsnummer:
Steuerklasse: Kinderfreibeträge: Konfession:
wenn keine Kinderfreibeträge – Elterneigenschaft: ja nein
wenn **ja** Nachweis über Kinder erbringen / **Geburtsdaten der Kinder bitte auf der nächsten Seite angeben!**

Sie sind Schüler/Student? ja nein
Schwerbehinderter: ja nein

Nachweis über Kinder

1. Kind Name: Vorname:
Geburtsdatum:

2. Kind Name: Vorname:
Geburtsdatum:

3. Kind Name: Vorname:
Geburtsdatum:

4. Kind Name: Vorname:
Geburtsdatum:

5. Kind Name: Vorname:
Geburtsdatum:

Mit seiner/Ihrer Unterschrift bestätigt der/die Arbeitnehmer/in die Richtigkeit der oben angegebenen Daten!

Ort, Datum und Unterschrift Arbeitnehmer/in