

## Neue Mitarbeiter, Datenblatt / New Employee Form valid from 2015

### Mitteilung an Abrechnungsstelle für Neueintritt ab 2015

Diese Angaben sind zwingend erforderlich. Ohne diese Angaben sind Abrechnungen nicht möglich.  
All this information is obligatory. Without this, it is not possible to process the payroll.

#### A.

Name / Surname:
Vorname / Christian name:
Employee no.:
Cost Center:

Name / Name:	Vorname / First name:	Geburtsname / Birth name:
Geb. Datum / Birth date:	Geb. Ort / Place of birth:	Geb. Land / Country of birth:
Familienstand / Family Status:		
Straße / Street:		Hausnummer / Number:
PLZ/Ort / City:		
Telefon / Telephone:		Mobil:
Eintritt zum / Start date:	Jährliche Urlaubsanspruch (Tage)/ annual holiday entitlement (days):	
Tätigkeit als / profession:		
Arbeitszeit in Std./Woche / weekly working hours:		

Bankverbindung / Bank information:
Kreditinstitut / Bank name:
Bankleitzahl / Bank code:
Kontonummer / account no:
Bic code:
IBAN:

Beschäftigungsverhältnis / employment	
1. Beschäftigungsverhältnis (Hauptbeschäftigung) / 1st regular employment (main employment):	Ja / Yes / Nein / No
2. Beschäftigungsverhältnis (Nebenbeschäftigung) / 2nd and further employment (additional employment):	Ja / Yes / Nein / No

Steuerklasse / Tax class:	Konfession / Religion:
Kinderfreibetrag / Child Allowance:	Freibetrag / Tax free amount:
persönliche Steueridentifikationsnr / Tax ID-No.:	
Nachweis der persönlichen Steuer ID Nummer vom Bundeszentralamt für Steuer / Official document from the Federal Central Tax Office, indicating per- sonal tax ID number:	Kopie mit übermitteln / Please provide us with a copy

Krankenkasse Name / health insurance company name:
Sozialversicherungs-Nr. / Social Security No.:
Gesetzl. oder private Versicherung / Private or sta- tutory health insurance:
Mitgliedsbescheinigung zusenden / please provide the certificate which indicates the health insurance contribution:
Angaben zur Sozialversicherung <b>für privat Krank- enversicherte</b> / pension insurance company if you are private health insured, please provide us with the statements indicating the <b>monthly contribu- tions</b> .  <b>Angaben letzten gesetzlichen Krankenversiche- rung – Name der Versicherung z. B. AOK, DAK; etc.</b>  <b>Additionally we need name of the last statutory health insurance.</b>
Prüfung der Elterneigenschaft; Nachweise über Kinder, die älter als 18 Jahre sind / Certificate of approval of parents in connection with the old age medicare contributions:
Staatsangehörigkeit / Nationality:

**B. Pflicht Angaben / Obligatory information**

Schulabschluss / School-Graduation:	Ausbildungsabschluss / Occupation-Graduation:
Leiharbeitsverhältnis / Temporary staff:	Vertragsform / Type of contract: (Befristet – Unbefristet / Limited – unlimited)
Tätigkeitsbeschreibung / Job description:	

<p>Mehrfachbeschäftigung / Multiple employment</p> <p>Seit Januar 2012 besteht die Pflicht zur Angabe von Mehrfachbeschäftigung. Sie sind daher aufgefordert dies hiermit anzuzeigen.</p> <p>Ja *</p>		<p>Since January 2012 multiple employment has to be reported to the health insurance institute. You therefore are obliged to inform your employer about the situation.</p> <p>Yes *</p>	
<p>Bezeichnung des weiteren beitragspflichtigen Einkommens</p>		<p>Definition of the additional income e.g. salary or part time (Minijob)</p>	
<p>*Wenn ja, kontaktieren Sie bitte unser Büro direkt, da wir hierzu unterschiedliche Informationen zu den entsprechenden Beschäftigungsverhältnissen benötigen.</p>		<p>*If yes, please contact our office directly, to clarify your situation as different information are necessary.</p>	
<p>Nein / No</p>			

Monats-Bruttogehalt / Monthly gross compensation:
Stundenlohn / hourly rates:
<p>Sonstige monatliche Zahlungen / additional monthly compensation: e.g. company car, additional deferred, or private deductions</p> <p>Please attach copies <u>and</u> or fully information (copy of the contract, complete information for company car, list price of the car incl. VAT and distance between home and office)</p>

Schwerbehinderung / Gleichstellung / Disability	<input type="checkbox"/> Ja / Y	<input type="checkbox"/> Nein / N	Wenn ja, Grad der Behinderung / If, yes - level of disability
Rentenbezug / Pension payment	<input type="checkbox"/> Ja / Y	<input type="checkbox"/> Nein / N	Wenn ja, welche / If yes - please provide the amounts
Außergewöhnliche Zahlungen/Pfändungen / Any additional payments	<input type="checkbox"/> Ja / Y	<input type="checkbox"/> Nein / N	Wenn ja, zu welchen / If yes – for which recipient

