



# Fragebogen bei Neueinstellung von Mitarbeitern

Anwalts- und  
Steuerkanzlei

Stand 01.01.2020

Verantwortlich: \_\_\_\_\_

Mandant		Jahr	Bearbeiter		Berater	geprüft	
Nr.	Name		Name	Zeichen	Nr.	am	durch

Name, Vorname	Geburtsdatum	Rentenversicherungsnummer
---------------	--------------	---------------------------

Identifikationsnummer	Geburtsname und Geburtsort
-----------------------	----------------------------

Straße, Wohnort	Staatsangehörigkeit
-----------------	---------------------

- Arbeiter / Angestellter (Sozialversicherungspflichtige Beschäftigung)
- Auszubildende/r gewerblich / kaufmännisch       Gesellschafter-Geschäftsführer
- Ehegatte / Lebenspartner       Abkömmling (Leibliches Kind/Adoptivkind/Enkel/Urenkel des Arbeitgebers)
- Rentner       Werkstudent
- Schwerbehinderte – Grad der Behinderung \_\_\_\_\_ %

Familienstand: \_\_\_\_\_

Höchster Schulabschluss: \_\_\_\_\_

Höchster Ausbildungsabschluss: \_\_\_\_\_

## Sozialversicherung

Gesetzliche Rentenversicherung

Versorgungswerk

Gesetzliche Krankenversicherung bei: \_\_\_\_\_

freiwillig

pflichtversichert

Privatversicherung bei: \_\_\_\_\_

mitversichert

selbst

## Bankverbindung des Arbeitnehmers (falls der Betrag überwiesen werden soll)

Kreditinstitut: \_\_\_\_\_

Bankleitzahl/BIC: \_\_\_\_\_

Kontonummer/IBAN: \_\_\_\_\_

Abweichender Kto.-Inhaber: \_\_\_\_\_

## Angaben zur Beschäftigung

Ausgeübte Tätigkeit: \_\_\_\_\_ Berufsbezeichnung: \_\_\_\_\_ Eintrittsdatum: \_\_\_\_\_

Arbeitsverhältnis  ja bis: \_\_\_\_\_ Vertragsabschluss am: \_\_\_\_\_ schriftl. Abschluss:  ja  nein  
befristet:  nein

Wöchentliche Arbeitszeit insg. (Std.): \_\_\_\_\_

an folgenden Tagen/ Stundenanzahl bitte eintragen

Mo     Di     Mi     Do     Fr     Sa     So

Im laufenden Kalenderjahr war ich bereits lohnsteuerpflichtig beschäftigt in der Zeit von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_.

Weitere Beschäftigungen?  ja  nein

Firma \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_ seit \_\_\_\_\_ Std./Wo \_\_\_\_\_ EURO/Monat \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_ seit \_\_\_\_\_ Std./Wo \_\_\_\_\_ EURO/Monat \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_ seit \_\_\_\_\_ Std./Wo \_\_\_\_\_ EURO/Monat \_\_\_\_\_

**Laufende Bezüge:**

Mtl. Festbetrag: \_\_\_\_\_ Stundenlohn: \_\_\_\_\_

Bei Erreichen der Jahresarbeitsentgeltgrenze (2020: € 62.550) bitte Entgelt-Nachweis des letzten Jahres beifügen.

**Bei Entgelten zwischen mtl. EUR 450,01 und EUR 1.300,00 bzw. jährlich EUR 5.400,12 bis EUR 15.600,00 beachten:**

Ich bin vom Arbeitgeber durch Merkblatt informiert worden, dass ich die Möglichkeit habe, in der Gleitzone auf ermäßigte Arbeitnehmerbeiträge zur Rentenversicherung zu verzichten.

ja

Ich möchte auf die Reduzierung des beitragspflichtigen Arbeitsentgeltes verzichten und zahle den vollen Arbeitnehmerbeitrag zur Rentenversicherung. (Diese Erklärung kann für alle Beschäftigungen nur einheitlich abgegeben werden)

ja  nein

**Vermögenswirksame Leistungen :**

Vertrag  liegt bei  
 wird nachgereicht

Werden die VWL zusätzlich zum Bruttogehalt gewährt?

ja, in Höhe von EUR \_\_\_\_\_  
 nein

**Betriebliche Altersversorgung:**

ja Vertrag  liegt bei  
 nein  wird nachgereicht  
 wenn ja, als Gehaltsverzicht  
oder  
 wenn ja, zusätzlich zum Bruttogehalt

**Fahrkostenersatz:**

steuerpflichtig, wenn öffentliche Verkehrsmittel oder andere Fahrzeuge benutzt werden, z.B. PKW, Motorrad, Moped, Taxi. Die Lohnsteuer wird mit 15 % pauschaliert werden, dadurch entsteht Beitragsfreiheit in der Sozialversicherung

Entfernungskilometer einfach (Wohnung-Arbeitsstätte) \_\_\_\_\_ km

Wenn ja, in Höhe von EUR \_\_\_\_\_ (EUR 0,30 pro km bei PKW)

Wenn ja, in Höhe von EUR \_\_\_\_\_ (EUR 0,30 pro km bei öffentl. Verkehrsmittel; höchstens die tatsächlichen Kosten)

Wenn ja, in Höhe von EUR \_\_\_\_\_ (EUR 0,26 pro km bei Motorrad)

Wenn ja, in Höhe von EUR \_\_\_\_\_ (EUR 0,10 pro km bei Moped / Fahrrad)

für max. 15 Tage im Monat

**PKW-Nutzungs-Ermittlung:**

- nach 1%-Methode (Bescheinigung über den Brutto-Listenpreis zum Zeitpunkt der Erstzulassung des PKW beifügen) Entfernungskilometer (Wohnung-Arbeitsstätte) \_\_\_\_\_ km
- nach einem laufend ordnungsgemäß geführten Fahrtenbuch

**Einmalbezüge:**

Wir bitten um gesonderte Mitteilung über die Höhe von Einmalbezügen, wie Urlaubsgeld, Urlaubsabgeltung, Weihnachtsgeld etc. bis zum 15. des Monats, in dem der Einmalbezug ausbezahlt werden soll.

Folgende Unterlagen liegen bei:

- Versicherungsausweis/Nachweis Versorgungswerk
- Mitgliedsbescheinigung gesetzliche/private KV
- Vertrag Vermögenswirksame Leistungen
- Arbeitsvertrag (falls vorhanden)
- Betriebliche Altersvorsorge
- Nachweis der Elterneigenschaft, sofern diese nicht aus den LSt-Merkmalen hervorgeht
- Entgeltnachweis bei Erreichen der JAE-Grenze
- Immatrikulationsbescheinigung

Folgende Unterlagen werden nachgereicht:

- Versicherungsausweis/Nachweis Versorgungswerk
- Mitgliedsbescheinigung gesetzliche/private KV
- Vertrag Vermögenswirksame Leistungen
- Arbeitsvertrag (falls vorhanden)
- Betriebliche Altersvorsorge
- Nachweis der Elterneigenschaft, sofern diese nicht aus den LSt-Merkmalen hervorgeht
- Entgeltnachweis bei Erreichen der JAE-Grenze
- Immatrikulationsbescheinigung

Bitte beachten Sie, dass eine Gehaltsabrechnung erst bei Vorliegen all dieser Unterlagen/Angaben vorgenommen werden kann.

Wir bitten um rechtzeitige Mitteilung von Veränderungen hinsichtlich Art und Höhe der Vergütung, dies sollte zwei Wochen vor dem Auszahlungszeitpunkt sein, für den erstmals die Veränderung wirksam werden soll.

Stammkostenstelle:

Kostenstellenverteilung:

Ich versichere, diese Angaben wahrheitsgemäß gemacht zu haben. Jede Änderung werde ich unverzüglich mitteilen. Bei unwahren Angaben oder Verletzungen meiner Anzeigepflicht erkläre ich mich bereit, die vom Sozialversicherungsträger/Finanzamt nachgeforderten Beträge zu erstatten.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Mitarbeiter

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Arbeitgeber/Lohnsachbearbeiter

Von der Kanzlei zu bearbeiten:

Pers.-Nr.                      Abteilungs-Nr.                      Kostenstellen-Nr.                      BG.-Nr.

Gleitzone(n)regelung

ja

nein

Merkblatt zur Aufstockung zum regulären Beitragssatz in der Rentenversicherung ausgehändigt

Mitarbeiter wünscht Aufstockung in der Rentenversicherung

ja

nein

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift