



**PERSONALSTAMMBLATT**  
 für geringfügig Beschäftigte und kurzfristige Beschäftigte

Mand.-Nr.:

--	--	--	--	--

LOHN-Fax: Hannover

0511 / 70090 - 71

**Arbeitgeber:**

Name, Anschrift:

(Firmenstempel)

**Arbeitnehmer:**

Personal-Nr.:

Beschäftigungsbeginn:

Name, Vorname:

Geburtsname:

männlich

weiblich

E-Mail-Adresse:

Telefonnummer:

Straße/Haus-Nr.:

PLZ/Wohnort:

Geb.-Datum:

Geb.-Ort:

Familienstand:

Staatsangehörigkeit:

Anzahl der Kinder:

wöchentl.Arbeitszeit:

Mo.	Di.	Mi.	Do.	Fr.	Sa.	So.

Gesamt

Geburtsurkunde beigelegt

**Angaben zur Bankverbindung:**

oder Barzahlung

Bank + Ort:

Kontonummer:

BLZ:

IBAN:

BIC:

**Beschäftigung:**

Ausgeübte Tätigkeit:

genaue Bezeichnung

geringfügig bis 450,00€/mtl.

Festbezug:

EUR/Monat

kurzfristig:

bis

Std.-Lohn:

EUR/Std.

Voraussetzung für Pauschalierung:

Arbeitslohn max. 120 EUR/Tag, Beschäftigung max. 18 Tage,

Stundenlohn nicht mehr als 15 EUR,

Sozialversicherungsfreiheit (max. 70 Tage bzw. 3 Monate im Kalenderjahr)

ohne beruflichen Ausbildungsabschluss

ohne Schulabschluss

Anerkannte Berufsausbildung

Haupt-/Volksschulabschluss

Meister/Techniker/gleichwertiger  
 Fachschulabschluss

Höchster

Schulabschluss

Mittlere Reife/gleichwertiger  
 Abschluss

Höchste

Berufs-  
 ausbildung

Bachelor

Abitur/Fachabitur

Diplom/Magister/Master/Staatsexeman

Promotion

--	--	--	--	--

Arbeitgeber-Name: \_\_\_\_\_

Arbeitnehmer-Name: \_\_\_\_\_

**Angaben lt. Lohnsteuerkarte:**

- Steuerkarte       Pauschalversteuerung  
2% / 20% / 25%

Steuer-Ident-Nr: \_\_\_\_\_

Steuerklasse/Kinderfreibeträge/Konfession: 

--	--	--

**Angaben zu Sozialversicherung:**

Krankenkasse: \_\_\_\_\_  
Bitte genaue Angabe z.B. AOK Bayern oder AOK Niedersachsen

Sozialversicherungs-Nr.: \_\_\_\_\_  
Vollständige Angaben zum Geburtsort, -namen und -datum notwendig wenn diese Nummer nicht vorliegt

- pflichtversichert     freiwillig versichert     familienversichert     privat versichert  
 Antrag auf Befreiung von der Rentenversicherung (Siehe Anlage)

**Status bei Beginn der Beschäftigung**

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Arbeitnehmer/in                     | <input type="checkbox"/> Arbeitnehmer/in in Elternzeit | <input type="checkbox"/> Beamte/r                    |
| <input type="checkbox"/> Auszubildende/r                     | <input type="checkbox"/> Schulentlassene/r             | <input type="checkbox"/> ALG/Sozialhilfeempfänger/in |
| <input type="checkbox"/> Schüler/in                          | <input type="checkbox"/> Student/in                    | <input type="checkbox"/> Arbeitslose/r               |
| <input type="checkbox"/> Hausfrau/mann                       | <input type="checkbox"/> Altersrentner/in              | <input type="checkbox"/> Sonstige/r Renter/in        |
| <input type="checkbox"/> Beamte/r i.R./ Versorgungsempfänger |  | <input type="checkbox"/> Sonstige: _____             |

**Weitere geringfügige/kurzfristige Beschäftigungen**       Ja       Nein

Zeitraum:	Arbeitgeber	Art der Tätigkeit
von:		geringfügig <input type="checkbox"/>
bis:		kurzfristig <input type="checkbox"/>

Zeitraum:	Arbeitgeber	Art der Tätigkeit
von:		geringfügig <input type="checkbox"/>
bis:		kurzfristig <input type="checkbox"/>

Erklärung des Arbeitnehmers: Ich versichere, dass die vorstehenden Angaben der Wahrheit entsprechen.  
 Ich verpflichte mich, meinem Arbeitgeber alle Änderungen, insbesondere in Bezug auf weitere Beschäftigungen (Art, Dauer und Entgelt) unverzüglich mitzuteilen.

\_\_\_\_\_  
 Datum, Unterschrift Arbeitnehmer

\_\_\_\_\_  
 Datum, Unterschrift Arbeitgeber