

Teilnehmernummer:

2	5						
---	---	--	--	--	--	--	--

Personalnummer:

--	--	--	--	--	--	--	--

Vorname _____ Nachname _____

Personal- bogen

Dokument besteht aus:

- Personalbogen
- Arbeitsvertrag
- Schwerbehindertenausweis
- Lohnsteuerkarte
- Mitgliedsbescheinigung der KK
- VL-Vertrag
- Direktversicherung und ähnliches
- _____

1. Persönliche Daten

Name: _____ Vorname(n): _____

Straße: _____ PLZ/Ort: _____

Geschlecht: männlich weiblich

Geb.-Datum: _____ Geb.-Name: _____

Geburtsort: _____ Geb.-Land: _____

Eintritt: _____ Beschäft.-Zeit (§ 34 Abs.3 TVöD): _____

Ende d. Beschäftigung: _____ Grund: _____

anteilige Zuwendung: ja nein zv-frei zv-pflichtig

Familienstand: ledig (3) verheiratet (2) geschieden (4)
 getrennt lebend (5) verwitwet (6) eingetragene Lebensgemeinschaft

Staatsangehörigkeit: deutsch (0) _____

Genauere Tätigkeit: _____
(z. B. Bürofachkraft, Kindergärtnerin)

Dienstanschrift: _____

im: Arbeiter- Angestellten- Ausbildungs- ABM-

Beamtenverhältnis _____

2. Bankverbindung

Name der Bank: _____ Bankleitzahl: _____

Kontoinhaber/in: _____ Konto-Nummer: _____

Zahltermin: Im Voraus (1) Monatsmitte (2) Im Nachhinein (3)

3. Kostenstelle / Statistik

a) Arbeitgeber: 1 2 3 _____

Einrichtung: 1000 2000 3000 4000 _____

Kostenstelle _____ zu _____ % _____ zu _____ % _____ zu _____ %
(4-stelliger Unterabschnitt)

b) Personalstandsstatistik:

zugeordnete Berichtsstelle: _____ (lt. Berichtsstellenliste/1-3stellig)

Angaben bei Zeitvertrag: KZ Art _____ - KZ Dauer _____

Waldarbeiter: KZ Art _____ - KZ Dauer _____

Nicht eingruppierte Mitarbeiter: KZ Art _____ - KZ Dauer _____

ABM-Kraft: KZ Art _____ - KZ Dauer **4**

Praktikant Erziehungsdienst: KZ Art _____ - KZ Dauer **2**

Ehrenamtlich Tätige KZ Art **9** - KZ Dauer **0**

Kurzfristige Beschäftigung keine Eingaben

Mehrfachbeschäftigung keine Eingaben

4 Ausländer

Ausländer: ja nein

2. Staatsangehörigkeit: _____

Ausweis-Nr.: _____

Asylbewerber: ja nein

Aufenthaltserl. ab: _____ bis: _____

Geltungsbereich: _____

Art d. Beschäftigung: _____

Arbeitserlaubnis ab: _____

bis: _____

5. Daten der kindergeldberechtigten Kinder

Kind 1

Vor- u. Zuname: _____

Geb.-Datum/Geschlecht: _____ männlich weiblich

Kind zählt zu: Familienzuschlag: ja nein

Jahressonderzahlung: ja nein

Anteil: _____

Ausländer: ja nein

Kind lebt in Deutschland: ja nein

Kindergeld: ja nein

gewähren bis _____

Kind 2

Vor- u. Zuname: _____

Geb.-Datum/Geschlecht: _____ männlich weiblich

Kind zählt zu: Familienzuschlag: ja nein

Jahressonderzahlung: ja nein

Anteil: _____

Ausländer: ja nein

Kind lebt in Deutschland: ja nein

Kindergeld: ja nein

gewähren bis _____

Kind 3

Vor- u. Zuname: _____

Geb.-Datum/Geschlecht: _____ männlich weiblich

Kind zählt zu: Familienzuschlag: ja nein

Jahressonderzahlung: ja nein

Anteil: _____

Ausländer: ja nein

Kind lebt in Deutschland: ja nein

Kindergeld: ja nein

gewähren bis _____

Erhöhter Pflegeversicherungsbeitrag (bei Kinderlosigkeit) ja nein

Normaler Pflegeversicherungsbeitrag (bei Kind(er)-Nachweis) ja nein

6. Daten zur Schwerbehinderung

(Bei Vorlage einer Kopie des Schwerbehindertenausweises, allgemeine Angaben nicht erforderlich)

a. allgemeine Angaben

Ist ein Schwerbehindertenausweis ausgestellt? ja nein

Wenn ja, Nummer des Schwerbehindertenausweises: _____

Ausstellende Behörde: _____

Ursache der Behinderung: _____

Ausweis gültig: von _____ bis _____

Zahl der Plätze: 1 (Normalfall) 2 (Mehrfachanrechnung)

%-Satz d. Behinderung(GdB): _____ %

Zusatzurlaub 3 Tage 5 Tage 0 Tage

- b. Schwerbeh.-Statistik:
- Bewertung erfolgt in Spalte 1 und ggf. 3 (0)
 - Zurechnung als Arbeitsplatz – Spalte 1 (1)
 - Zurechnung als Stelle Auszubildender – Spalte 1 und 2 (2)
 - Zurechnung als Stelle Beh./Reha. bzw. kurzfristig Besch. (3)
 - Keine Zurechnung als Arbeitsplatz (9)

7. Eingruppierung / Arbeitszeit

Tarifart: TVöD Vka (150) TVAöD =Azubi (159) A-Besold. Bund (111)
 B-Besold. Bund (112) Bea.-Anwärter (118) _____
 BAT BU/L (121) _____ BAT BU/L Azubi (129) _____

Tarifgruppe: _____ Tarifstufe: _____

BDA: _____ Laufbahn: mittlerer gehobener Dienst

Nächste Stufensteigerung am _____

Höherwertige Tätigkeit zur TarifGr.: _____ Stufe _____
gemäß § 14 Abs. 1 TVöD

Vereinbarte wöchentliche Arbeitszeit : _____ Stunden Prozent

(Angaben dezimal) tariflich/normal: _____ Stunden.

Arb.Tage pro Woche: _____

Arbeitszeitmodell: _____

- Es wird ein **Stundenlohn** gemäß vorstehender Eingruppierung bzw. in Höhe von _____ € bezahlt. Die Stundenanzahl wird monatlich an die ZGAST gemeldet bzw. es soll eine feste Stundenanzahl von _____ Std. monatlich berücksichtigt werden. Eine Änderung wird der ZGAST rechtzeitig mitgeteilt.
- Es wird ein **Festgehalt** in Höhe von _____ € (Vollzeitwert) gezahlt. Die Kürzung dieses Betrages auf eine eventuell vereinbarte Teilzeitbeschäftigung erfolgt automatisch.

8. Zulagen (gem. Lohnartenverzeichnis)

(Achtung: bei Lohnarten mit automatischer Kürzung bitte 100 % angeben!)

LOA	Bezeichnung	ab Monat	bis Monat	P	E	Betrag

P = Permanent / E = Einmalig

9. Familienzuschlag (entfällt für nicht eingruppierte Personen)

Ist Ihr Ehepartner im öffentl./kirchl. Dienst beschäftigt: ja, als _____ nein

Arbeiter/Angestellter/Beamter

Wenn ja:

Name des Ehepartners: _____

Geburtsdatum / Geschlecht: _____ männlich weiblich

Arbeitsstätte: _____

wöchentl. Arbeitszeit d. Ehepartners: _____

Gehaltsabrechnungsstelle des Ehepartners _____

Personalnummer: _____

Ehegattenanteil: voll zahlen gek. zur TZ _____

Vergleichsmitteilung liegt bei

11. Jahressonderzahlung

- tariflich (nur für eingruppierte Personen) anteilig ____/12-tel
 keine Zuwendung Festbetrag _____ €

12. Berufsgenossenschaft

Name: _____ Klasse: _____ %

13. Steuerdaten (Bei Vorlage einer Kopie der Steuerkarte Angaben nicht erforderlich)

Steuerklasse: _____ Kinderfreibeträge: _____

Finanzamt (amtl. Nr.): _____ ausstell. Gemeinde: _____

Freibetrag monatlich: _____ € jährlich: _____ €

Konfession Arbeitnehmer: _____ Ehepartner: _____

- Arbeitslohn soll zu Lasten des Arbeitgebers pauschal versteuert werden
 Arbeitslohn soll zu Lasten des Arbeitnehmers pauschal versteuert werden
 Vorverdienst vorhanden (Rückseite der Steuerkarte inkl. Anlagen als Kopie beifügen)

14. Sozialversicherung

RV-Nummer: _____ SV-Schlüssel: _____ PG-Schlüssel: _____

(Bei Kopie des Sozialversicherungsausweises nicht erforderlich)

Krankenkasse: _____
(Name, Ort)

gewählter Rechtskreis Ost West gehört zur Haupt-Betriebsnummer
 abw. Betriebsnummer _____
(Kiga / Forst / etc.)

Tätigkeitsschlüssel: _____

Beschäftigungsart:

- normales Arbeitsverhältnis (0) kurzfristig (2)
 Sozialversich.-freier Schüler/Student (6) geringfügig (1)
 Gleitzonebeschäftigung (3) Gleitzonefall mit Verzicht auf RV-Gleitzone-Regelung (13)

15. Angaben zur Zusatzversicherung

zuständige ZVK: 239 – ZVK Wiesbaden zv-pflichtig zv-frei

Bestand bereits eine ZV-Pflicht zur ZVK Wiesbaden? nein
 ja, VersNr. _____

Bestehen weitere zv-pflichtige Arbeitsverhältnisse? nein
 ja (bitte gesondert erläutern)

Besteht eine freiw. Versicherung zur ZVK Wiesbaden? nein
 ja (bitte Vertrag beilegen)

16. Abzüge (gem. Lohnartenverzeichnis)

(Bei „Vermögenswirksamen Leistungen“ bitte Kopie des Vertrages beifügen)

LOA	Bezeichnung	ab Monat	bis Monat	P	E	Betrag

P = Permanent / E = Einmalig

- Pfändung (Pfändungsbeschluss und aktuelles Forderungskonto liegt bei)
 Direktversicherungen (Vertrag liegt bei)
 Entgeltumwandlung (Vertrag liegt bei)
 Riester-Vertrag (Vertrag liegt bei)

Besonderheiten und Hinweise an die Z-Gast:

Wir bestätigen, dass vorstehende Angaben richtig und verbindlich sind!

Ort Datum

Stempel und Unterschrift der Dienststelle

Wird von Z-Gast ausgefüllt:

erfaßt: _____

geprüft: _____