



Fragebogen zur versicherungsrechtlichen/ lohnsteuerrechtlichen Beurteilung bei Neueinstellung von Mitarbeitern



C1-03

Int.Nr. 213f

Stand 16.07.2018

Verantwortlich: ds

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

Rechtstand ab 01.01.2013

Name, Vorname	Geburtsdatum	Rentenversicherungsnummer	Staatsangehörigkeit
Identifikationsnummer	Geburtsort + Geburtsname (falls keine RV-Nummer angegeben werden kann)		
Steuerklasse	Kinderfreibeträge	Kirchensteuerabzug <input type="checkbox"/> rk <input type="checkbox"/> ev <input type="checkbox"/> keine	
Straße, PLZ, Wohnort (Erstwohnsitz)	Straße, PLZ, Wohnort (Zweitwohnsitz)	Familienstand <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> dauernd getrennt lebend	

- Arbeiter / Angestellter (Sozialversicherungspflichtige Beschäftigung)
- Auszubildende/r gewerblich / kaufmännisch Gesellschafter-Geschäftsführer
- Ehegatte / Lebenspartner Abkömmling (Leibliches Kind/Adoptivkind/Enkel/Urenkel des Arbeitgebers)
- Rentenbezieher seit _____ Rentenart: _____ (Rentenbescheid beifügen)
(Hinzuverdienstgrenze prüfen) ¹⁾
- Schwerbehinderte – Grad der Behinderung _____ % (Ausweiskopie beifügen)

Sozialversicherung ¹⁾

- Gesetzliche Rentenversicherung Versorgungswerk
(Bescheinigung + Bescheid Befreiung gesetzl. RV
!Neuantrag bei AG-Wechsel erforderlich! beifügen)
- Krankenversichert: freiwillig pflichtversichert familienversichert ²⁾ privat
- Gesetzliche Krankenversicherung bei: _____
- Privatversicherung bei / letzte gesetzliche Krankenkasse: _____
- Als Arbeitnehmer privat versichert bereits seit _____ (aktuelle Bescheinigungen beifügen)
- Ich war am 31.12.2002 als **Arbeitnehmer** privat versichert ja nein (Bescheinigungen beifügen)
- Ich bin neben- bzw. hauptberuflich selbständig tätig (unzutreffendes bitte streichen)

Bankverbindung des Arbeitnehmers (falls der Betrag überwiesen werden soll)

Kreditinstitut: _____

BIC: _____

IBAN: DE . . / / / / / . .

Abweichender Kto.-Inhaber: _____

¹⁾ Bitte beachten Sie das seit 01.01.2017 in Kraft getretene Gesetz zur Flexibilisierung des Übergangs vom Erwerbsleben in den Ruhestand (Flexi-Rentengesetz)
²⁾ Familienversichert – Auskünfte zu Voraussetzungen/Höhe der Einkommensgrenzen erteilt die zuständige Krankenkasse

Angaben zur Beschäftigung

Ausgeübte Tätigkeit im Unternehmen: _____ Eintrittsdatum: _____

Höchster Schulabschluss:

ohne Schulabschluss Haupt-/Volksschulabschluss Mittlere Reife/gleichwertiger Abschluss Abitur/Fachabitur

Höchster Ausbildungsabschluss:

ohne beruflichen Ausbildungsabschluss anerkannte Berufsausbildung Bachelor
 Meister/Techniker/gleichwertiger Fachschulabschluss Diplom/Magister/Master/Staatsexamen Promotion

Arbeitsverhältnis ja bis: _____ Vertragsabschluss am: _____ schriftl. Abschluss: ja nein
befristet: nein

Wöchentliche Arbeitszeit insg. (Std.): _____

Fest an folgenden Tagen (Stundenanzahl bitte eintragen):

Mo Di Mi Do Fr Sa So

Variable Arbeitszeit oder auf Abruf:

Anzahl wöchentliche Sollarbeitsstage: _____

Im laufenden Kalenderjahr war ich bereits lohnsteuerpflichtig beschäftigt in der Zeit von _____ bis _____

Weitere Beschäftigungen nein ja, Folgende:

Firma, Ort	Art*	seit	Std./Wo	EUR/Monat
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

Nähere Erläuterung zu Art (F) _____

* **A** = Minijob mit RV-Pflicht AN **B** = Minijob mit RV-Befreiung AN **C** = kurzfristige Beschäftigung
D = Selbständig/Freiberufler/Gewerbeschein **E** = SV-pflichtig **F** = Sonstige, bitte schriftlich genau erläutern

Laufende Bezüge

Mtl. Festbetrag: _____ Stundenlohn: _____

Bitte beachten Sie das seit 01.01.2015 gültige Mindestlohngesetz.

Zuschläge für S/F/N Arbeiten ja nein

Bei Entgelten zwischen mtl. EUR 450,01 und EUR 850,00 bzw. jährlich EUR 5.400,01 bis EUR 10.200,00 beachten:

Ich bin vom Arbeitgeber durch Merkblatt (C1-23) 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 beifügen)

AG-Zuschuss in Höhe von EUR _____ ab Monat _____

Gesamtleistung in Höhe von EUR _____ ab Monat _____

Betriebliche Altersversorgung (Vertrag + Vereinbarung zwischen AG und AN bei Gehaltsumwandlung beifügen)

1. Versicherungsunternehmen _____ Vertrags-Nr.: _____

2. Versicherungsunternehmen _____ Vertrags-Nr.: _____

3. Versicherungsunternehmen _____ Vertrags-Nr.: _____

Kosten bei anfallender pauschaler Lohnsteuer nach § 40 b EStG trägt: Arbeitgeber Arbeitnehmer (Abwälzung)

Fahrtkostenersatz

Entfernungskilometer einfach Wohnung - Arbeitsstätte: _____ km

Folgende Verkehrsmittel werden genutzt:

Pkw Öffentliche Verkehrsmittel (Nachweis erforderlich) Motorrad/Motorroller Moped/Mofa Fahrrad

Es wird ein Fahrtkostenzuschuss in Höhe von EUR _____ mtl. gewährt.

Versteuerung über indiv. LSt-Merkmale des Arbeitnehmers
oder

Anwendung Pauschalsteuersatz 15 % gem. § 40 Abs. 2 Satz 2 EStG, dadurch entsteht Beitragsfreiheit in der Sozialversicherung (max. EUR 0,30 je einfachen Entfernungskilometer für max. 15 Arbeitstage im Monat bei 5-Tage-Woche)
Die anfallende pauschale Lohnsteuer trägt: Arbeitgeber Arbeitnehmer (Abwälzung)

PKW-Nutzungs-Ermittlung

Entfernungskilometer einfach Wohnung-Arbeitsstätte _____ km

Entfernungskilometer einfach Familienheimfahrten _____ km

nach 1%-Methode (Bescheinigung über den Brutto-Listenpreis zum Zeitpunkt der Erstzulassung des PKW beifügen)

Wahlmöglichkeit Abrechnung Fahrten Wohnung-Arbeit: pauschal (0,03 %) oder nach Einzelnachweis, wenn unter 180 Fahrten jährlich → ACHTUNG! Jährliche Bindung

nach einem laufend ordnungsgemäß geführten Fahrtenbuch

Einmalbezüge/variable Bezüge (z. B. Urlaubsgeld, Weihnachtsgeld, Provisionen, etc.)

Wir bitten um gesonderte Mitteilung über die jeweilige Höhe der einzelnen Bezugsarten zum Abrechnungstermin:

Zur Statusbeurteilung ist, aus Sicht des Eintrittsdatums, bei Beginn der Beschäftigung eine gewissenhafte Schätzung der voraussichtlichen Beträge der einzelnen Bezugsarten notwendig. Bitte nachfolgend angeben:

Bezug	Abrechnungsmonat	EUR
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Folgende Unterlagen liegen bei:

werden nachgereicht:

- | | |
|---|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> Sozialversicherungsausweis | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Nachweis Versorgungswerk | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Bescheid Befreiung von gesetzlicher Rentenversicherung | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Mitgliedsbescheinigung gesetzliche/freiwillige Kranken-/Pflegeversicherung | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Beitragsbescheinigung AG-Zuschuss zur privaten Kranken-/Pflegeversicherung | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Bescheinigung Vorsorgeaufwendungen/Basisanteil private Kranken-/Pflegeversicherung | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Vertrag Vermögenswirksame Leistungen | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Arbeitsvertrag (falls vorhanden) | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Vertrag Betriebliche Altersvorsorge | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Nachweis der Elterneigenschaft,
sofern diese nicht aus den ELStAM hervorgeht | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Schwerbehindertenausweis | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Rentenbescheid | <input type="checkbox"/> |

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:

Abteilungs-Nr.:

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.

Hiermit erkläre ich (Arbeitnehmer) nach der DSGVO mein Einverständnis, dass meine persönlichen Daten für die Lohnabrechnung verwendet, gespeichert und von einem EDV-Dienstleister verarbeitet und aufbewahrt werden. Darüber hinaus ermächtige ich den Arbeitgeber zur Datenarchivierung über das Dienstverhältnis hinaus für die Dauer u.a. der steuerrechtlichen Aufbewahrungsfristen. Sind die (steuer-)rechtlichen oder sozialversicherungsrechtlichen Aufbewahrungsfristen abgelaufen, muss eine Löschung meiner persönlichen Daten erfolgen. Die Datenweitergabe für Bescheinigungen usw. im Rahmen des Dienstverhältnisses oder arbeits-, sozialversicherungs- und steuerrechtliche als auch für berufsgenossenschaftliche Vorgänge ist erlaubt; darüber hinaus ist die Weitergabe an weitere Dritte grundsätzlich untersagt.

Ort, Datum

Unterschrift Mitarbeiter
(bei Minderjährigen zusätzlich Unterschrift des gesetzlichen Vertreters)

Unterschrift Arbeitgeber/Lohnsachbearbeiter

Von der Kanzlei zu bearbeiten:

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

Gleitzone(n)regelung ja nein
Mitarbeiter wünscht Aufstockung in der Rentenversicherung
 ja nein

Jahresarbeitsentgeltgrenze allgemeine / besondere überschritten ja nein

Pauschalversteuerung Fahrtkostenzuschuss bei Nutzung Öffentliche Verkehrsmittel
Jahresbezogene Günstigerprüfung (Entfernungspauschale/tatsächliche Kosten) ja entfällt

Datum

Unterschrift