

Personalstammblatt Ärzte / Zahnärzte

Name des Arbeitgebers/der Praxis:	
--	--

<p><u>Wichtige Hinweise vorab:</u> Das Personalstammblatt ist vollständig auszufüllen. Durch die sorgfältige Bearbeitung vermeiden Sie Rückfragen, die zu Verzögerungen bei der Entgeltabrechnung und Entgeltzahlung führen können.</p> <p>Dieses Personalstammblatt dient zur Vorerfassung von Personaldaten für das DATEV-Lohnabrechnungsprogramm. Zur Wahrung der Aufbewahrungsfrist wird das ausgefüllte Personalstammblatt von dem Arbeitgeber / der Lohnabrechnenden Stelle gespeichert.</p> <p>Bitte übersenden Sie das Personalstammblatt sowie die weiteren einzureichenden Unterlagen als PDF am besten per E-Mail an kanzlei@eichler-stb.de (Erfüllung der Aufbewahrungspflicht nach der Beitragsverfahrensordnung).</p>
--

Persönliche Angaben des Arbeitnehmers

Familienname ggf. Geburtsname		Vorname	
Straße und Hausnummer inkl. Anschriftenzusatz		PLZ, Ort	
Geburtsdatum		Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> unbestimmt <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers
Versicherungsnummer gem. Sozialversicherungsausweis			
Geburtsort, -land – <i>nur bei fehlender Versicherungs-Nr.</i>		Schwerbehindert	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Staatsangehörigkeit *		Familienstand	
Bankverbindung für die Entgeltzahlung			
IBAN		BIC	
Höchster Schulabschluss	<input type="checkbox"/> ohne Schulabschluss <input type="checkbox"/> Haupt-/Volksschulabschluss <input type="checkbox"/> Mittlere Reife/gleichwertiger Abschluss <input type="checkbox"/> Abitur/Fachabitur	Höchste Berufsausbildung	<input type="checkbox"/> ohne beruflichen Ausbildungsabschluss <input type="checkbox"/> Anerkannte Berufsausbildung <input type="checkbox"/> Meister/Techniker/gleichwertiger Fachschulabschluss <input type="checkbox"/> Bachelor <input type="checkbox"/> Diplom/Magister/Master/Staatsexamen <input type="checkbox"/> Promotion

Beschäftigungsangaben

Eintrittsdatum		Ersteintrittsdatum	
Berufsbezeichnung		Ausgeübte Tätigkeit lt. Arbeitsvertrag	
<input type="checkbox"/> Hauptbeschäftigung <input type="checkbox"/> Nebenbeschäftigung	Probezeit: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Dauer der Probezeit: _____		
Vertragsform	<input type="checkbox"/> Vollzeit	<input type="checkbox"/> Teilzeit	
Befristung	<input type="checkbox"/> ja, bis zum	<input type="checkbox"/> nein	
Wenn ja, schriftlicher Arbeitsvertrag liegt vor	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	

Personalstammblatt Ärzte / Zahnärzte

Wöchentliche Arbeitszeit in Stunden:						
Vereinbarte Arbeitsstunden pro Tag:						
Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag
Üben Sie neben dieser Beschäftigung weitere Beschäftigungen aus? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein						
Handelt es sich hierbei um eine geringfügige Beschäftigung? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein						

Bescheinigungen elektronisch annehmen (Bea)

<input type="checkbox"/> Ich widerspreche der elektronischen Übermittlung von Arbeits- und Nebeneinkommensbescheinigungen an die Bundesagentur für Arbeit

Steuer

Identifikationsnummer	Steuerklasse/Faktor	Kinderfreibeträge	Konfession

Sozialversicherung

Gesetzl. Krankenkasse * (bei PKV: letzte ges. Krankenkasse*)	Elterneigenschaft <input type="checkbox"/> ja (Nachweis erforderlich*) <input type="checkbox"/> nein
Name Versorgungsanstalt/werk:	Mitgliedsnummer:
Die Befreiung von der Gesetzlichen Rentenversicherung soll erfolgen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein (Nachweis erforderlich*)	

Angaben zu steuerpflichtigen Vorbeschäftigungszeiten im laufenden Kalenderjahr

Zeitraum von	Zeitraum bis	Art der Beschäftigung	Anzahl der Beschäftigungstage

VWL - nur notwendig wenn ein Vertrag vorliegt

Empfänger VWL	Betrag	AG-Anteil (Höhe mtl.)
	Seit wann	Vertragsnummer.
IBAN	BIC	

* Einzureichende Unterlagen/Nachweise *

<input type="checkbox"/> Mitgliedsbescheinigung der Krankenkasse	<input type="checkbox"/> Geburtsurkunde eines Kindes zum Nachweis der Elterneigenschaft
<input type="checkbox"/> PKV-Beitragsnachweis - nur bei PKV-Mitgliedern	<input type="checkbox"/> Aufenthaltstitel, Arbeitserlaubnis, nur bei Staatsangehörigkeit eines NICHT-EU-Landes
<input type="checkbox"/> Bescheid über die Befreiung von der ges. RV-Pflicht	
Es wird gebeten, diese Unterlagen/Nachweise elektronisch als PDF per E-Mail zu übersenden.	

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 (in Bezug auf Art, Dauer und Entgelt) unverzüglich mitzuteilen.

Datum

Unterschrift Arbeitnehmer

Personalstammblatt Ärzte / Zahnärzte

Dokumentation der Prüfung des Personalstammblattes durch die Steuerberatungskanzlei

Personalstammblatt ist vom Arbeitnehmer vollständig ausgefüllt worden, nichtzutreffendes wurde entwertet <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, Rückfragen sind notwendig <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Alle notwendigen Unterlagen/Nachweise wurden vom Arbeitnehmer eingereicht? <input type="checkbox"/> ja, vollständig <input type="checkbox"/> digital <input type="checkbox"/> Papier, wurde digitalisiert <input type="checkbox"/> nein, gar nicht oder unvollständig
Der Arbeitsvertrag wurde vom Arbeitgeber eingereicht? <input type="checkbox"/> ja, vollständig <input type="checkbox"/> digital <input type="checkbox"/> Papier, wurde digitalisiert <input type="checkbox"/> nein

_____ Datum

_____ Kürzel Bearbeiter