

Personalnummer: _____	Mandant: _____
Arbeitnehmer	Arbeitgeber (Name / Stempel)
Name: _____	
Vorname: _____	
Eintrittsdatum: _____	Tätigkeitsbezeichnung: _____
Wöchentliche Arbeitszeit: _____	Regelmäßiges Monatsentgelt: _____
<p>Derzeitiger Status:</p> <p><input type="checkbox"/> Schüler/-in (aktuelle Schulbescheinigung beifügen)</p> <p><input type="checkbox"/> Student/in (aktuelle Immatrikulationsbescheinigung beifügen)</p> <p><input type="checkbox"/> Selbstständiger seit _____ Branche _____</p> <p><input type="checkbox"/> Arbeitslos und arbeitsuchend gemeldet</p> <p><input type="checkbox"/> Wehr-/Zivildienstleistende/r</p> <p><input type="checkbox"/> Rentner/in seit _____ Rentenart _____</p> <p><input type="checkbox"/> Hausfrau/-mann (ohne weitere Berufstätigkeit)</p> <p><input type="checkbox"/> Arbeitnehmer/-in (SV-pflichtige Beschäftigung) bei der Firma _____</p> <p><input type="checkbox"/> Arbeitnehmer/-in in Elternzeit bei der Firma _____</p> <p><input type="checkbox"/> Beamter/Beamtin seit _____</p> <p>Sozialversicherung</p> <p>Gesetzliche Krankenversicherung</p> <p>bei: _____ <input type="checkbox"/> freiwillig <input type="checkbox"/> pflichtversichert</p> <p>Privatversicherung bei: _____ <input type="checkbox"/> mitversichert <input type="checkbox"/> selbst</p> <p style="margin-left: 100px;">(bitte Bescheinigung beifügen)</p>	

Es besteht/bestehen derzeit ein oder mehrere geringfügige Beschäftigungsverhältnis(se) (= Minijob) bei (einem) anderen Arbeitgeber(n)

nein

ja. Ich übe derzeit folgende Beschäftigungen aus:

Beschäftigungsbeginn:	Arbeitgeber mit Adresse:	Regelmäßiges Monatsentgelt:
_____	_____	€ _____
_____	_____	€ _____
_____	_____	€ _____

Bei Addition aller Bruttoarbeitsentgelte aus den ausgeübten geringfügig entlohnten Beschäftigungen ergibt sich ein Betrag, der regelmäßig € 450,00 übersteigt.

nein

ja

Ich versichere, diese Angaben wahrheitsgemäß gemacht zu haben. Jede Änderung, insbesondere die Aufnahme einer weiteren Beschäftigung, 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

zur Einreichung beim Steuerbüro

Unterschrift Arbeitgeber/Lohnsachbearbeiter