



Sozietät Stahn

STEUERBERATER • RECHTSANWÄLTIN

FRAGEBOGEN

zur versicherungsrechtlichen / lohnsteuerrechtlichen Beurteilung bei Neueinstellung von Mitarbeitern

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

- 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 ¹ 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: _____

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): Variable Arbeitszeit oder auf Abruf:

Mo Di Mi Do Fr Sa So

Anzahl wöchentliche Sollarbeitstage:

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/Gewerbeschei **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 538,01 und EUR 2.000,00 findet die Regelung nach § 20 Abs. 2 SGB IV Übergangsbereich Anwendung (reduzierter Beitragsanteil des Arbeitnehmers am Gesamtsozialversicherungsbeitrag).

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)

Fahrkostensatz

Entfernungskilometer einfach Wohnung - Tätigkeitsstätte: 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)

oder

steuerfrei bei öffentlichen Verkehrsmitteln, wenn Voraussetzungen erfüllt sind

PKW-Nutzungs-Ermittlung

Entfernungskilometer einfach Wohnung - Tätigkeitsstätte km

Entfernungskilometer einfach Familienheimfahrten km

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

Wahlmöglichkeit Abrechnung Fahrten Wohnung - Tätigkeitsstätte: 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, 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
(bei Minderjährigen zusätzlich Unterschrift des gesetzlichen Vertreters)

Unterschrift Arbeitgeber/Lohnsachbearbeiter

Von der Kanzlei zu bearbeiten:

Pers.-Nr. Abteilung-Nr. Kostenstellen-Nr. BG.-Nr.

Übergangsbereich gem. § 20 Abs. 2 SGB IV ja nein

Jahresarbeitsentgeltgrenze allgemeine / besondere überschritten ja nein

Datum

Unterschrift