

Den Fragebogen bitte ausgefüllt und unterzeichnet an uns zurücksenden! Vielen Dank.

Kirchenkreisamt, Stadtkirchenamt, Kirchl. Einrichtung Kirchenkreisamt Werra-Meißner An den Anlagen 14a 37269 Eschwege	von Kirchenkreisamt, Stadtkirchenamt, oder Einrichtung auszufüllen	Pers.-Nr.											
		Arbeitg.-Nr.											
		Arbeitgeber											
		Tätigkeit des Mitarbeiters / der Mitarbeiterin											
		Eintrittsdatum:											
		Tätigkeitsschlüssel neu <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">1</td></tr></table>											1
												1	
Personengruppe													

FRAGEBOGEN ZUR SOZIALVERSICHERUNG, VERSTEUERUNG UND ZUSATZVERSORGUNG

Name, Vorname		Geburtsdatum	Geburtsname
Straße		Geburtsort und -land	Staatsangehörigkeit
PLZ, Ort		Sozialversicherungsnummer	Telefon
Familienstand	Kinder ja/nein (Nachweis)	Steueridentifikationsnummer	Email
IBAN			

1. Angaben zur Überprüfung der Sozialversicherungspflicht / - freiheit

1.1 Ich übe zur Zeit keine weitere Beschäftigung aus

Ich übe zur Zeit bei einem anderen Arbeitgeber eine oder mehrere weitere

- geringfügige Beschäftigung(en) aus
- versicherungspflichtige Beschäftigung(en) aus

Name und Adresse des Arbeitgebers	beschäftigt seit	wöchentl. Arbeitszeit	mtl. Bruttoarbeitsentgelt

**1.2. Beschäftigungen im laufenden Kalenderjahr vor Aufnahme der Tätigkeit
(nur auszufüllen, wenn Sie bei uns aushilfsweise beschäftigt werden)**

- nein ja, folgende

Name und Adresse des Arbeitgebers	beschäftigt von - bis	wöchentl. Arbeitszeit	Anzahl der Arbeitstage

2. Angaben zur Person

Ich bin mit Beginn der Beschäftigung weiterhin

- Hausfrau/-mann
 selbständig erwerbstätig / Vollerwerbslandwirt/in
 Arbeitnehmer/in oder Arbeitnehmer/in in Elternzeit bis: _____
 Schüler/in, Student/in (bitte aktuelle Schul- bzw. Studienbescheinigung beifügen!)
 Beamter/Beamtin, Richter/in, Soldat/in auf Zeit, Berufssoldat/in
 Pensionär/in, Rentner/in seit _____: Bitte die genaue Art angeben:

<input type="checkbox"/> Alterspension	<input type="checkbox"/> Pension wegen Dienstunfähigkeit
<input type="checkbox"/> Erwerbsminderungsrente	<input type="checkbox"/> Berufs- bzw. Erwerbsunfähigkeitsrente
<input type="checkbox"/> Altersrente als: <input type="checkbox"/> Vollrente <input type="checkbox"/> Teilrente	

als arbeitssuchend gemeldet
 Bezieher/in von Arbeitslosengeld I Bezieher/in von Arbeitslosengeld II seit: _____
 Bezieher/in von Teilarbeitslosengeld (bitte Bescheid der Agentur f. Arbeit beifügen!) seit: _____

} bitte Rentenbescheid beifügen

3. Angaben zur Krankenversicherung

Ich bin familienversichert freiwillig versichert KV für Studenten
 pflichtversichert privat versichert (bitte Bescheinigung der KV beifügen)

bei _____
(Name der Krankenkasse bzw. des Versicherungsunternehmens)

Bei Aushilfstätigkeiten bitte Nachweis der Krankenversicherung beifügen.

Nur für privat krankenversicherte Personen:

- es bestand früher eine Mitgliedschaft / Familienversicherung bei folgender gesetzlicher Krankenkasse:

(Name der Krankenkasse)

4. Angaben zur Versteuerung

Die Versteuerung erfolgt vorbehaltlich der von der Finanzverwaltung zur Verfügung gestellten Elektronischen Lohnsteuerabzugsmerkmale (ELStAM). Änderungen sind beim zuständigen Wohnsitzfinanzamt zu beantragen!

Dieses Arbeitsverhältnis soll als

- Hauptarbeitsverhältnis (Versteuerung nach Steuerklasse I bis V)
Steuerklasse: _____ Konfession: _____ Kinderfreibetrag: _____
 Nebenarbeitsverhältnis (Versteuerung nach Steuerklasse VI oder soweit zulässig, pauschalversteuert)

berücksichtigt werden

5. Angaben zur Zusatzversorgung

Ich war bereits in einem früheren Beschäftigungsverhältnis bei einer Zusatzversorgungskasse (z. B. VBL, EZVK, KVK, ZVK) Zusatzversichert

- ja, bei folgender Zusatzversorgungskasse: _____

nein

Ich versichere, dass meine Angaben vollständig und richtig sind. Die Aufnahme bzw. Beendigung weiterer Beschäftigungsverhältnisse werde ich der Zentr. Gehaltsabrechnungsstelle unverzüglich mitteilen. Dies gilt auch für den Fall einer Änderung der sonstigen Angaben.

(Ort)

(Datum)

(Unterschrift)