

**Erfassung Neueintritt  
für sozialversicherungspflichtige  
Arbeitnehmer und Auszubildende**

Arbeitgeberstempel

**Bitte ungedingt bei Eintritt einreichen:**

- \* Sozialversicherungsausweis als Kopie
- \* Mitgliedschaftsbescheinigung der Krankenkasse
- \* Nachweis der Elternschaft (z. B. Geburtsurkunde), sofern nicht auf der Lohnsteuerkarte eingetragen

**BITTE  
VOLLSTÄNDIG AUSFÜLLEN !!!**

Eintrittsdatum:

**Persönliche Angaben**

Familienname ggf. Geburtsname	Vorname
Straße/Nr.	PLZ, Ort
Geburtsdatum	Geburtsort
Telefon	Staatsangehörigkeit
IBAN	BIC
Kreditinstitut	abweichender Kontoinhaber

**Beschäftigung**

Eintrittsdatum	Beschäftigt als
----------------	-----------------

**Befristung**

<input type="checkbox"/> Das Arbeitsverhältnis ist befristet bis:
<input type="checkbox"/> schriftlicher Abschluss des befristeten Arbeitsvertrages am:
<input type="checkbox"/> befristete Beschäftigung ist für mindestens 2 Monate vorgesehen, mit Aussicht auf Weiterbeschäftigung

**Steuerliche Angaben**

Identifikationsnr.	Finanzamtnr.	Steuerklasse/Faktor	Kinderfreibetrag	Konfession
<input type="checkbox"/> Es handelt sich um das Hauptbeschäftigungsverhältnis		<input type="checkbox"/> Es handelt sich um ein zweites oder zusätzliches Beschäftigungsverhältnis		

**Sozialversicherung**

Ich bin <input type="checkbox"/> gesetzlich <input type="checkbox"/> privat krankenversichert	
Genaue Bezeichnung der Krankenkasse, Ort	
Sozialversicherungsnummer	Kinder <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Arbeitsgenehmigung bis*:	Aufenthaltsgenehmigung bis*:

## Entlohnung

<input type="checkbox"/> Bruttogehalt (monatlich)	Betrag:	Arbeitstage: <input type="checkbox"/> Mo <input type="checkbox"/> Di <input type="checkbox"/> Mi <input type="checkbox"/> Do <input type="checkbox"/> Fr <input type="checkbox"/> Sa
<input type="checkbox"/> Stundenlohn (je Std.)	Betrag:	Arbeitstage: <input type="checkbox"/> Mo <input type="checkbox"/> Di <input type="checkbox"/> Mi <input type="checkbox"/> Do <input type="checkbox"/> Fr <input type="checkbox"/> Sa
wöchentliche Arbeitszeit:		

## Angaben zu steuerpflichtigen Vorbeschäftigungszeiten im laufenden Kalenderjahr

Zeitraum von	Zeitraum bis	Art der Beschäftigung	Anzahl der Beschäftigungstage

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 Arbeitgeber

Datum

Unterschrift Arbeitnehmer

**Antwort per Fax: 02171 / 580 93 - 129**

**oder per E-Mail: [lohn@kanzlei-kkr.de](mailto:lohn@kanzlei-kkr.de)**