

Fragebogen bei Beschäftigung von Praktikanten

Firma	
Name, Vorname des Mitarbeiters	
Geburtsdatum	
Geburtsort	
Rentenversicherungsnummer	
Geburtsname (falls keine RV-Nummer angegeben werden kann)	
Straße und Hausnummer inkl. Anschriftenzusatz	
Staatsangehörigkeit	
IBAN	
Bankbezeichnung, BIC	

Vorpraktikum/Nachpraktikum
Freiwilliges Praktikum zur Verbesserung meiner Kenntnisse

Vorpraktikum/Nachpraktikum
Vorgeschriebenes Praktikum/Vertrag vom _____ Kopie der Studienordnung
(Unterlagen sind beigelegt)

Ich bin Studierende/r/Schüler/in an der _____ (Uni/Fachhochschule/Schule)
(Studienbescheinigung/Schulbescheinigung ist beigelegt)

Freiwilliges Zwischenpraktikum _____ (Unterlagen sind beigelegt)

vorgeschriebenes Zwischenpraktikum/Vertrag vom _____ Kopie der Studienordnung
(Unterlagen sind beigelegt)

Bei SV-Pflicht anmelden bei _____ (Krankenkasse)

Private Krankenversicherung besteht bei _____ (Bescheid ist beigelegt)

Pauschale Lohnsteuer durch Arbeitgeber

Es wird folgendes Praktikum vereinbart:

Befristung vom _____ bis _____ Entgelt _____ EUR Tätigkeit _____

_____ Std. wöchentliche Arbeitszeit mtl. wö.

Im laufenden Kalenderjahr hatte ich keine/folgende Beschäftigungen:

von	bis	wö. Arb.-Zeit	Entgelt EUR	wö.	mtl.	Befristung ja	Befristung nein
_____	_____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<input type="checkbox"/> Gleichzeitig übe ich folgende Beschäftigungen aus bzw. bin selbständig tätig:							
von	bis	wö. Arb.-Zeit	Entgelt EUR	wö.	mtl.	Befristung ja	Befristung nein
_____	_____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ich versichere, diese Angaben wahrheitsgemäß gemacht zu haben. Jede Änderung werde ich unverzüglich mitteilen.
Bei unwahren Angaben oder Verletzungen meiner Anzeigepflicht erkläre ich mich bereit, die vom Sozialversicherungsträger/Finanzamt nachgeforderten Beträge zu erstatten.

_____	_____
Datum	Unterschrift Mitarbeiter
_____	_____
Datum	Unterschrift Arbeitgeber/Lohnsachbearbeiter

Von der Kanzlei zu bearbeiten:		
Pers.-Nr. _____	Abteilungs-Nr. _____	Kostenstellen-Nr. _____
_____	_____	_____
Datum	Unterschrift	