**Fragebogen für Arbeitnehmer**

**Kontaktdaten:**

|  |  |
| --- | --- |
| Name, Vorname: |  |
| Straße, Hausnummer: |  |
| PLZ, Ort |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Telefon: |  |
| Telefax: |  |
| Mobil: |  |
| E-Mail-Adresse: |  |

**Angaben zur Person:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Geburtsdatum: |  | |
| Familienstand: |  | |
| Unterhaltsverpflichtungen (Anzahl der Kinder, jeweils mit Alter) |  | |
| Schwerbehinderung (GdB von mind. 50): | |  |
| Gleichstellung (GdB von 30 + Antrag bei BA): | |  |

**Bankverbindung (für etwaige Auszahlungen/Erstattungen):**

|  |  |
| --- | --- |
| Institut: |  |
| IBAN-Nummer: |  |
| BIC-Nummer: |  |
| Vorsteuerabzugsberechtigt: | ( ) ja / ( ) nein |

**Rechtsschutzversicherung:**

|  |  |
| --- | --- |
| Name: |  |
| Versicherungsnummer: |  |
| Ggf. Schadennummer: |  |

**Wie wurden Sie auf uns aufmerksam:**

|  |  |
| --- | --- |
| ( ) Empfehlung | ( ) Internet |
| ( ) Zeitung | ( ) Sonstiges \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**Angaben zum Arbeitsverhältnis:**

|  |  |
| --- | --- |
| Beschäftigt seit: |  |
| Erster Anstellungsvertrag datiert von: |  |
| Nachträge/Zusätze: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Position: |  |
| Tätigkeit: |  |
| Vollzeit/Teilzeit/geringfügig (mit Angabe der Wochenstundenzahl): |  |
| Höchster Schulabschluss: |  |
| Ausbildung/Studium: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Kündigung erhalten | ( ) ja am \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / ( ) nein |
| Probezeit nach Vertrag: |  |
| Kündigungsfrist nach Vertrag/TV: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Vergütung: |  |
| * Festbezüge: |  |
| * Variable Bezüge (Provisionen, Tantieme u.a.): |  |
| * Weihnachtsgeld: |  |
| * Urlaubsgeld: |  |
| * Sonstige Leistungen, z.B.   Dienstwagen, Altersversorgung, Versicherungen, Zuschüsse u.a. |  |
| Jahresurlaub in Tagen: |  |
| Rest Vorjahr: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Nachvertragl. Wettbewerbsverbot: | ( ) ja / ( ) nein |
| Bisherige Abmahnungen? | ( ) ja / ( ) nein |
| Wenn ja: Wann und weshalb? |  |
| Besondere Krankheiten? | ( ) ja / ( ) nein |
| Wenn ja: Aufstellung über die Krankheitszeiten der letzten vollen drei Kalenderjahre beigefügen |  |
| Wurde ein BEM durchgeführt? |  |
| Sonstiges/Bemerkungen  (Sonderkündigungsschutz wegen Mutterschutz, Elternzeit, Pflegezeit, Betriebsratstätigkeit, besonderer Ämter) |  |

**Daten des Arbeitgebers:**

|  |  |
| --- | --- |
| Firmierung: |  |
| Straße/Hausnummer: |  |
| PLZ, Ort |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Telefon: |  |
| Telefax: |  |
| Mobil: |  |
| E-Mail-Adresse: |  |
| Ansprechpartner: |  |
| Vertretungsbefugnis |  |
| Allein oder ggf. gemeinsam |  |
| Geschäftszwecke/Branche |  |

**Informationen zum Betrieb:**

|  |  |
| --- | --- |
| Betriebsrat: | ( ) ja / ( ) nein |
| Wenn ja: Mitgliederanzahl: |  |
| Name des BR-Vorsitzenden: |  |
| Schwerbehindertenvertretung | ( ) ja / ( ) nein |

|  |  |
| --- | --- |
| Tarifbindung: | ( ) ja / ( ) nein |
| Wenn ja: an welche(r) TV(e)? |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Anzahl der Mitarbeiter: |  |
| * davon Arbeitnehmer: |  |
| * davon freie Mitarbeiter: |  |
| * wesentliche Gruppen: |  |
| Anzahl der Betriebe: |  |
| Verbundene Unternehmen: | ( ) ja / ( ) nein |
| Wenn ja: Name und Daten |  |

**Ich bin mit der Kommunikation per E-Mail einverstanden: ( ) Ja ( ) Nein**

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit der o. a. Informationen.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ort, Datum Unterschrift