

# Personel Formu

(gri renkli alanlar işveren tarafından doldurulacaktır)

Şirket:

Çalışanın Adı

Personel Numarası

## Kişisel Bilgiler

Soyadı	Adı
Adresi	Posta Kodu
Doğum tarihi	Cinsiyeti <input type="checkbox"/> Erkek <input type="checkbox"/> Kadın
Sağlık sigortası numarası	Medeni durumu
Doğum Yeri	Ağır engelli <input type="checkbox"/> evet <input type="checkbox"/> hayır
Vatandaşlık	Çalışan numarası Sozialkasse - Bau
Alıcı IBAN no'su	Alıcı Bank Adı

## İstihdam durumu

Giriş tarihi	İlk giriş tarihi	İşyeri
İş Unvanı	Yürütülen faaliyet	
<input type="checkbox"/> ana iş <input type="checkbox"/> yan iş	Deneme süresi: <input type="checkbox"/> evet <input type="checkbox"/> hayır	Deneme süresinin süresi: _____
Başka ek işler yapıyor musunuz? <input type="checkbox"/> evet <input type="checkbox"/> hayır	Düşük ücretli bir iş mi? <input type="checkbox"/> evet <input type="checkbox"/> hayır	
En yüksek okul mezuniyeti <input type="checkbox"/> Okul mezuniyeti olmadan <input type="checkbox"/> İlkokul/Ortaokul mezuniyeti <input type="checkbox"/> Ortaöğretim diploması / dengi mezuniyet <input type="checkbox"/> Lise diploması / Meslek lisesi diploması	En yüksek mesleki eğitim <input type="checkbox"/> Mesleki eğitim mezuniyeti olmadan <input type="checkbox"/> Tanınmış mesleki eğitim <input type="checkbox"/> Usta/Teknisyen/dengi meslek yüksekokulu mezuniyeti <input type="checkbox"/> Lisans <input type="checkbox"/> Diploma/Yüksek Lisans/Master/Devlet Sınavı <input type="checkbox"/> Doktora	
Eğitimin başlangıcı:	Eğitimin tahmini bitişi:	İnşaat sektöründe tarihinden beri çalışıyor
Haftalık çalışma süresi: <input type="checkbox"/> Tam zamanlı <input type="checkbox"/> Yarı zamanlı	Gerekirse haftalık çalışma süresinin dağılımı(saat) Pzt. Sal. Çar. Per. Cum. Cmt.	İzin hakkı (Takvim yılı)
Maliyet yeri	Bölüm numarası	Kişi grubu

## Süre sınırlaması

<input type="checkbox"/> İş ilişkisi süreli olarak belirlenmiştir. / <input type="checkbox"/> Amaca bağlı süre	İş sözleşmesinin süresi:
<input type="checkbox"/> Belirli süreli iş sözleşmesinin yazılı kapanışı	İş sözleşmesinin tarihi:
<input type="checkbox"/> Süreli istihdam en az 2 ay için öngörülmüş olup, devam etme olanağı bulunmaktadır.	

Bescheinigungen elektronisch annehmen (Bea)

# Personel Formu

(gri renkli alanlar işveren tarafından doldurulacaktır)

Şirket:



Çalışanın Adı

Personel Numarası

Çalışma ve ek gelir belgelerinin Federal İş Ajansına elektronik olarak gönderilmesine itiraz ediyorum.

# Personel Formu

(gri renkli alanlar işveren tarafından doldurulacaktır)

Şirket:

Çalışanın Adı

Personel Numarası

## Vergi

ID- Numarası	Vergi dairesi no.	Vergi sınıfı/Faktör	Çocuk muafiyetleri	Din
--------------	-------------------	---------------------	--------------------	-----

## Sosyalsigorta

Sağlık sigortası			Anne-baba olma durumu <input type="checkbox"/> evet <input type="checkbox"/> hayır	
Sağlık sigortası	Emeklilik sigortası	İşsizlik sigortası	Bakım sigortası	Kaza sigortası - Tehlike tarifesı

## Ücretlendirme

Adlandırma	tutar	tarihten itibaren geçerli	Saat ücreti	tarihten itibaren geçerli
Adlandırma	tutar	tarihten itibaren geçerli	Saat ücreti	tarihten itibaren geçerli
Adlandırma	tutar	tarihten itibaren geçerli	Saat ücreti	tarihten itibaren geçerli

## VWL - Sadece sözleşme mevcutsa gereklidir

Alıcı VWL	Tutar	İşveren payı (aylık tutar)
	Ne zamandan beri	Sözleşme no.
Hesap numarası (IBAN)	Banka kodu/Banka adı (BIC)	

## Çalışma belgelerine ilişkin bilgiler

İş sözleşmesi	<input type="checkbox"/> Mevcuttur
Gelir vergisi kesintisi belgesi	<input type="checkbox"/> Mevcuttur
Sosyal güvenlik kartı	<input type="checkbox"/> Mevcuttur
Sağlık sigortası üyelik belgesi	<input type="checkbox"/> Mevcuttur
Özel sağlık sigortası belgesi	<input type="checkbox"/> Mevcuttur
VWL sözleşmesi	<input type="checkbox"/> Mevcuttur
Anne-baba olma durumunun kanıtı	<input type="checkbox"/> Mevcuttur
İşveren destekli emeklilik sözleşmesi	<input type="checkbox"/> Mevcuttur
Ağır engelli kimlik kartı	<input type="checkbox"/> Mevcuttur
Sozialkasse için Belgeler İnşaat/Boya	<input type="checkbox"/> Mevcuttur

## Devam eden takvim yılı içindeki vergiye tabi önceki çalışma süreleriyle ilgili bilgiler

Dönem başlangıcı	Dönem sonu	İstihdam türü	İş günleri sayısı

# Personel Formu

(gri renkli alanlar işveren tarafından doldurulacaktır)

Şirket:



Çalışanın Adı

Personel Numarası

Çalışanın beyanı: Yukarıda verilen bilgilerin doğru olduğunu taahhüt ediyorum. İşverene, özellikle ek istihdamlarla (türü, süresi ve ücreti ile ilgili) ilgili tüm değişiklikleri derhal bildireceğim.

Tarih

Çalışanın imzası

Tarih

İşverenin imzası