

# Personalfragebogen

## Änderungsmitteilung

- Änderung der Wochenarbeitszeit
- Änderung der Krankenkasse
- Änderung der Entlohnung
- Aufnahme/Wegfall weitere Beschäftigungen
- Sonstige Änderungsmitteilung

Arbeitgeber: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Firmenstempel:

## Name des Mitarbeiters

Familienname	Vorname
--------------	---------

## Änderung Wochenarbeitszeit gültig ab \_\_\_\_\_

wtl. Arbeitszeit:	Std	verteilt auf	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag
<small>(ggf. gewissenhafte Prognose)</small>									
<input type="checkbox"/> Vollzeit <input type="checkbox"/> Teilzeit			Anzahl der Arbeitstage pro Woche:						
<input type="checkbox"/> feste Arbeitszeit    oder <input type="checkbox"/> Vereinbarung Arbeitszeitkonto    oder  <input type="checkbox"/> Arbeit auf Abruf									
<ul style="list-style-type: none"> <li>Der Arbeitnehmer erbringt die Arbeitsleistung nach Arbeitsanfall. Die Erbringung der Arbeitsleistung erfolgt auf Abruf durch den Arbeitgeber. Zeitpunkt und Umfang des Arbeitseinsatzes definiert der Arbeitgeber.</li> <li>Die wöchentliche Arbeitszeit beträgt mindestens _____ Stunden. Der Arbeitnehmer ist in der Pflicht, auf Abruf des Arbeitgebers bis zu _____ Stunden wöchentlich (maximal 25 % zusätzlich zur Mindestarbeitszeit) zu arbeiten. Eine auch mehrfach erhöhte Abruf-Arbeitszeit löst keinen Anspruch auf diese erhöhte Arbeitszeit aus.</li> <li>Der Arbeitgeber bestimmt die Tage des Arbeitseinsatzes sowie die Arbeitszeit (Beginn als auch Ende). Der Arbeitseinsatz kann telefonisch, mündlich oder in anderer geeigneter Weise angefordert werden. Der Arbeitgeber bestimmt die Lage der Pausen. Die Abruf-Arbeit wird jeweils vier Tage im Voraus mitgeteilt. Die Einsatzdauer umfasst mindestens drei aufeinander folgende Stunden. Die Verteilung der Arbeitszeit liegt im Übrigen im freien Ermessen des Arbeitgebers.</li> <li>Der Arbeitnehmer verpflichtet sich, Überstunden (einschließlich Samstags-, Sonn- und Feiertagsarbeit) entsprechend der betrieblichen Erfordernisse zu leisten. Der Arbeitgeber behält sich vor, im Fall erhöhten Arbeitsanfalles und urlaubs- oder krankheitsbedingten Ausfalls anderer Arbeitskräfte die Arbeitsleistung anderweitig festzulegen.</li> </ul>									

## Krankenkassenwechsel

<b>bisherige</b> Krankenversicherung gültig bis: _____ <input type="checkbox"/> Gesetzlich <input type="checkbox"/> Privat (Nachweis priv. KV beifügen)	Name Krankenkasse/ Priv. Versicherung
<b>neue</b> Krankenversicherung gültig ab: _____ <input type="checkbox"/> Gesetzlich <input type="checkbox"/> Privat (Nachweis priv. KV beifügen)	Name Krankenkasse/ Priv. Versicherung

## Entlohnung

Bezeichnung	Betrag	Gültig ab	Stundenlohn	Gültig ab
Bezeichnung	Betrag	Gültig ab	Stundenlohn	Gültig ab

### Angaben zu weiteren Beschäftigungen

Neben dieser Beschäftigung übe ich  keine weitere Beschäftigung aus  folgende weitere Beschäftigungen aus

Zeitraum	Arbeitgeber	Art der Tätigkeit	Arbeitsentgelt/wtl. Arbeitszeit
von:		<input type="checkbox"/> geringfügig	
bis:		<input type="checkbox"/> versicherungspflichtig	
		<input type="checkbox"/> kurzfristig	

**Ergibt die Zusammenrechnung der monatlichen geringfügigen Arbeitsentgelte mehr als 538 €?**

(Hinweis für den Arbeitgeber: Entscheidend für die Sozialversicherungsrechtliche Beurteilung)  ja  nein

**Sonstige Änderungen gültig ab** \_\_\_\_\_

---

---

---

---

**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 Arbeitnehmer                      Datum                      Unterschrift Arbeitgeber