STAMMDATENBLATT

Beschäftigte/r
(Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen)

Es handelt sich bei dieser Tätigkeit um meine

◯ Hauptbeschäftigung

◯ Nebenbeschäftigung

Fehlende Angaben und Nachweise direkt an: team@adag.tv oder
adag Payroll Services GmbH, Postfach 61 30 47, 10491 Berlin

Arbeitgeber

Projekt

Beim o.g. Arbeitgeber beschäftigt als

adag PAYROLL SERVICES GMBH

fon: +49(0)30 695.798.61
fax: +49(0)30 695.798.98

Name | Vorname | Geburtsname

Geburtsdatum | Geburtsort | Geburtsland

Straße und Hausnummer | PLZ | Wohnort

Hiermit erkläre ich, dass ich am o. g. Ort einen ständigen Wohnsitz habe und einen eigenen Hausstand unterhalte.

Informationen für Nicht-EU-Bürger:
Ich bestätige, dass eine **GÜLTIGE ARBEITSERLAUBNIS** vorliegt und verpflichte mich zur Vorlage einer **KOPIE.** Andernfalls ist die Abrechnung und Zahlung **NICHT** möglich.

◯ weiblich

◯ männlich

Familienstand

Staatsangehörigkeit

Telefon (wenn möglich Mobilfunknummer)

E-Mail-Adresse (wichtig!)

Lohnsteuermerkmale

Ich beziehe aktuell Einkommen (Gehalt, Lohn, Betriebsrente/-pension u. a.), das nach meinen individuellen Lohnsteuermerkmalen abgerechnet wird. ◯ Ja ◯ Nein

Steuer-Identifikationsnummer

Sozialversicherungsnummer

IBAN

BIC

1. Haben Sie im laufenden Kalenderjahr, einschließlich dieser Tätigkeit, **mehr als drei Monate oder 70 Tage** eine bzw. mehrere kurzfristige Beschäftigungen ausgeübt? Hierzu zählen nicht auf Dauer angelegte Beschäftigungen z.B. Minijobs. ◯ Ja ◯ Nein, Anzahl der Tage ___
2. Haben Sie im aktuellen Kalendermonat, inklusive Ihrer Einnahmen aus diesem Arbeitsvertrag, Einnahmen über 450 Euro brutto aus kurzfristigen Beschäftigungen erzielt? Hierzu zählen nicht auf Dauer angelegte Beschäftigungen z.B. Minijobs. ◯ Ja ◯ Nein
3. Ist Ihnen zum jetzigen Zeitpunkt bekannt, dass Sie weitere Einnahmen aus kurzfristigen Beschäftigungen erzielen werden, durch die Ihr Einkommen aus kurzfristigen Beschäftigungen 450 Euro brutto im aktuellen Kalendermonat überschreiten wird? ◯ Ja ◯ Nein

T1001

Krankenkasse (z. B. AOK Ort?, BKK welche?) **und** ggf. letzte gesetzliche KK (falls privat oder bei PBeaK/Freie Heilfürsorge versichert)

◯ gesetzlich versichert

◯ gesetzlich freiwillig versichert (Nachweis erforderlich)

◯ im Ausland krankenversichert

◯ privat versichert (Nachweis erforderlich)

Nur falls Sie gesetzlich pflichtversichert sind: Für mich gilt, auch bei einer Beschäftigung von unter 10 Wochen der allgemeine Beitragssatz (Anspruch auf Krankengeld):
◯ Nein ◯ Ja (Nachweis erforderlich)

Sozialversicherungsrechtlicher **STATUS**

◯ Kind | SchülerIN (bis 15 Jahre)

◯ Minijob

◯ ArbeitnehmerIN | Auszubildende/r

Name und Anschrift des Betriebes

◯ BeamterIN - PensionärIN

◯ Hausfrau/-mann

◯ Schulentlassene/r

◯ Arbeitslose/r

◯ ArbeitnehmerIN in der Elternzeit

◯ ArbeitnehmerIN im unbezahlten Urlaub

Statusnachweis z. B. Immatrikulationsbescheinigung, Gewerbeschein, Bescheinigung über freiwillige Versicherung bzw. KSK (Selbständige, Freiberufler) erforderlich.

◯ SchülerIN (ab 16 Jahre) ◯ StudienbewerberIN ◯ StudentIN ◯ Selbständige/r ◯ FreiberuflerIN ◯ RentnerIN

◯ Unständig beschäftigt ◯ Sonstiger Status (Welcher?)

A. Sind Sie bei der Bundesagentur für Arbeit beschäftigungslos arbeitssuchend / ausbildungsplatzsuchend / arbeitslos gemeldet? ◯ Ja ◯ Nein

B. Haben Sie im laufenden Kalenderjahr mehr als 3 Monate eine sozialversicherungspflichtige Beschäftigung ausgeübt? ◯ Ja ◯ Nein, in welchem Zeitraum

C. Waren Sie im laufenden Kalenderjahr bereits mehr als 3 Monate bei der Bundesagentur für Arbeit beschäftigungslos arbeitssuchend / ausbildungsplatzsuchend / arbeitslos gemeldet? ◯ Ja ◯ Nein, in welchem Zeitraum

– NUR VOM ARBEITGEBER AUSZUFÜLLEN –

Anstellungszeitraum: __.__.____ bis __.__.____

Anzahl Arbeitstage: __

Arbeitszeiten:

Davon Pausen:

Bruttolohn:

____.___,__ €

◯ Pauschale ◯ Tagessatz

Identitätsprüfung ArbeitnehmerIN:

◯ Ausweis ◯ Pass ◯ Nicht-EU-Bürger (Pass mit GÜLTIGER Arbeitserlaubnis hat vorgelegen.)

X Unterschrift Arbeitgeber

Ich versichere, dass meine oben genannten Angaben vollständig sind und der Wahrheit entsprechen. Ich verpflichte mich, adag Payroll Services GmbH alle Änderungen unverzüglich mitzuteilen.

--- Im Namen und auf Rechnung von ---

STEMPEL & UNTERSCHRIFT

--- ARBEITGEBER ---

Ort / Datum

X

Unterschrift Beschäftigte/r & Gesetzliche/r VertreterIN