# Бланк основной информации

## Сотрудник (заполните прописными буквами) (S-SB-2301)

**Инструкцию по заполнению формы вы найдете на сайте www.adag.tv**
Перевод материалов доступен на сайте www.adag.tv.

Недостающую информацию и подтверждающие документы необходимо отправить по адресу: synchron@adag.tv

adag
PAYROLL SERVICES GMBH
тел.: +49(0)30 695.798.0
факс: +49(0)30 695.798.98

**РАСЧЕТНЫЙ АГЕНТ:**
**От имени и за счет работодателя, указанного ниже.**

Имя | Фамилия | Имя при рождении | Псевдоним

Дата рождения | Место рождения | Страна рождения

Улица и номер дома | Почтовый индекс | Место жительства

Настоящим я заявляю, что я на постоянной основе проживаю в вышеуказанном месте.

◯ женский
◯ мужской
◯ небинарный

**Для граждан стран, не входящих в состав ЕС:**
Я подтверждаю, что у меня есть **ДЕЙСТВУЮЩЕЕ РАЗРЕШЕНИЕ НА РАБОТУ** и обязуюсь представить **КОПИЮ**.
В противном случае, выставление счетов и оплата **НЕ** являются возможными.

Семейное положение

**Телефон (по возможности номер мобильного телефона)**

Гражданство

**Адрес электронной почты (обязательно!)**

Номер государственного страхования

Вид медицинского страхования (например, фонд медицинского страхования предприятия или страховка от AOK) + вид последнего обязательного медицинского страхования

**Дети** ◯ Да (предъявите доказательство, требуется единожды) ◯ Нет

**Мой предполагаемый годовой доход за 2023 составит:**
◯ менее 66 600 € ◯ более 66 600 €

◯ обязательное страхование/страхование в фонде социального обеспечения артистов и художников
◯ добровольное страхование (требуется подтверждение)
◯ частное страхование (требуется подтверждение)

При **добровольном/частном** страховании требуется след. подтверждение:
☐ Лимит обязательного страхования на 2022 год (66 600 евро) превышен.
☐ Подтверждена деятельность в качестве индивидуального предпринимателя с указанием порядка рабочего дня.
☐ Bestandsschutz 2002 свыше 59 850 € (частное медицинское страхование).

**Только для видов обязательного страхования по закону:** общий размер страховых взносов (пособие по временной нетрудоспособности, болезни) распространяется на меня, даже если я работаю менее 10 недель:
◯ Нет ◯ Да (требуется подтверждение)

Идентификационный номер налогоплательщика

**Подоходный налог**
В настоящее время я получаю доход (зарплату, жалованье, пенсию компании и т.д.), который рассчитывается с учетом подоходного налога. Да Нет ◯ Да ◯ Нет

IBAN | BIC

Деятельность в роли актера дубляжа/диктора является моим основным видом заработка/способом получения дохода.
◯ Да ◯ Нет

**Важно! Необходимо указать следующую информацию:**

Налоговое ведомство | Номер налогоплательщика

облагается НДС ◯ 7% ◯ 19%

◯ 0% или не облагается НДС (малый предприниматель в соответствии с параграфом 19 «Закона о налоге на добавленную стоимость»)

## СТАТУС

Социальное страхование

◯ Ребенок/учащийся (до 15 лет)
◯ Временная работа/подработка
◯ Сотрудник/Стажер
Название и адрес учреждения
◯ Государственный служащий/пенсионер
◯ Домохозяин
◯ Выпускник школы
◯ Безработный
◯ Сотрудник, находящийся в отпуске по уходу за ребенком
◯ Сотрудник в неоплачиваемом отпуске

**Требуется подтверждение статуса, например, свидетельство о зачислении в учебное заведение, лицензия на ведение торговой деятельности, сертификат добровольного страхования и/или социального страхования (самозанятый, фрилансер).**

◯ Учащийся (от 16 лет) ◯ Абитуриент ◯ Студент ◯ Самозанятый ◯ Фрилансер ◯ Пенсионер
◯ Безработный ◯ Иной статус (Укажите статус)

Я подтверждаю, что информация, предоставленная мной выше, является полной и достоверной.
Я обязуюсь незамедлительно уведомлять компанию adag Payroll Services GmbH о любых изменениях.
Полученная зарплата облагается налогом как доход от индивидуальной трудовой деятельности.

От имени и за счет работодателя / производственной компании
ПЕЧАТЬ И ПОДПИСЬ

Место/Дата

X
Подпись работника/законного представителя