

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



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
 divers
- 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 _____

- 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 _____
- Haben Sie im aktuellen Kalendermonat, inklusive Ihrer Einnahmen aus diesem Arbeitsvertrag, Einnahmen über 520 Euro brutto aus kurzfristigen Beschäftigungen erzielt? Hierzu zählen nicht auf Dauer angelegte Beschäftigungen z.B. Minijobs. Ja Nein
- Ist Ihnen zum jetzigen Zeitpunkt bekannt, dass Sie weitere Einnahmen aus kurzfristigen Beschäftigungen erzielen werden, durch die Ihr Einkommen aus kurzfristigen Beschäftigungen 520 Euro brutto im aktuellen Kalendermonat überschreiten wird? Ja Nein

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 BeamterIN - PensionärIN Hausfrau/-mann
- Name und Anschrift des Betriebes _____
- Schulentlassene/r Arbeitslose/r ArbeitnehmerIN in der Elternzeit ArbeitnehmerIN im unbezahlten Urlaub
- Statusnachweis z. B. Immatrikulationsbescheinigung, Gewerbebescheinigung, Bescheinigung über freiwillige Versicherung bzw. KSK (Selbständige, Freiberufler) erforderlich.
- SchülerIN (ab 16 Jahre) StudienbewerberIN StudentIN Selbständige/r FreiberuflerIN RentnerIN
- Unständig beschäftigt Sonstiger Status (Welcher?) _____

- Sind Sie bei der Bundesagentur für Arbeit beschäftigungslos arbeitssuchend / ausbildungsplatzsuchend / arbeitslos gemeldet? Ja Nein
- Haben Sie im laufenden Kalenderjahr mehr als 3 Monate eine sozialversicherungspflichtige Beschäftigung ausgeübt? Ja Nein, in welchem Zeitraum _____
- 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