

Den Fragebogen bitte ausgefüllt und unterzeichnet an uns zurücksenden! Vielen Dank.

Kirchenkreisamt, Stadtkirchenamt, Kirchl. Einrichtung  Stempel	von <b>Kirchenkreisamt, Stadtkirchenamt, oder Einrichtung auszufüllen</b>	Pers.-Nr.	
		Arbeitg.-Nr.	
		Arbeitgeber	
		Tätigkeit des Mitarbeiters / der Mitarbeiterin	
		Eintrittsdatum:	
		Tätigkeitsschlüssel neu	1
		Personengruppe	

## FRAGEBOGEN ZUR SOZIALVERSICHERUNG, VERSTEUERUNG UND ZUSATZVERSORGUNG

Name, Vorname		Geburtsdatum	Geburtsname
Straße		Geburtsort und -land	Staatsangehörigkeit
PLZ, Ort		Sozialversicherungsnummer	Telefon
Familienstand	Kinder ja/nein (Nachweis)	Steueridentifikationsnummer	Email
Falls Kinder vorhanden, bitte auch die Selbstauskunft ab Seite 3 ausfüllen		IBAN	

### 1. Angaben zur Überprüfung der Sozialversicherungspflicht / -freiheit

1.1  Ich übe zur Zeit keine weitere Beschäftigung aus

Ich übe zur Zeit bei einem anderen Arbeitgeber eine oder mehrere weitere

- geringfügige Beschäftigung(en) aus
- versicherungspflichtige Beschäftigung(en) aus

Name und Adresse des Arbeitgebers	beschäftigt seit	wöchentl. Arbeitszeit	mtl. Bruttoarbeitsentgelt

1.2. Beschäftigungen im laufenden Kalenderjahr vor Aufnahme der Tätigkeit  
(nur auszufüllen, wenn Sie bei uns aushilfsweise beschäftigt werden)

- nein       ja, folgende

Name und Adresse des Arbeitgebers	beschäftigt von - bis	wöchentl. Arbeitszeit	Anzahl der Arbeitstage

## 2. Angaben zur Person

Ich bin mit Beginn der Beschäftigung weiterhin

- Hausfrau/-mann  
 selbständig erwerbstätig / Vollerwerbslandwirt/in  
 Arbeitnehmer/in oder  Arbeitnehmer/in in Elternzeit bis: \_\_\_\_\_  
 Schüler/in, Student/in (bitte aktuelle Schul- bzw. Studienbescheinigung beifügen!)  
 Beamter/Beamtin, Richter/in, Soldat/in auf Zeit, Berufssoldat/in  
 Pensionär/in, Rentner/in seit \_\_\_\_\_: Bitte die genaue Art angeben:  

<input type="checkbox"/> Alterspension	<input type="checkbox"/> Pension wegen Dienstunfähigkeit
<input type="checkbox"/> Erwerbsminderungsrente	<input type="checkbox"/> Berufs- bzw. Erwerbsunfähigkeitsrente
<input type="checkbox"/> Altersrente als: <input type="checkbox"/> Vollrente <input type="checkbox"/> Teilrente	

als arbeitssuchend gemeldet  
 Bezieher/in von Arbeitslosengeld I  Bezieher/in von Arbeitslosengeld II seit: \_\_\_\_\_  
 Bezieher/in von Teilarbeitslosengeld (bitte Bescheid der Agentur f. Arbeit beifügen!) seit: \_\_\_\_\_

} bitte Rentenbescheid beifügen

## 3. Angaben zur Krankenversicherung

Ich bin  familienversichert  freiwillig versichert  
 pflichtversichert  privat versichert (bitte Bescheinigung der KV beifügen)

bei \_\_\_\_\_  
(Name der Krankenkasse bzw. des Versicherungsunternehmens)

**Bei Aushilfstätigkeiten bitte Nachweis der Krankenversicherung beifügen.**

**Nur für privat krankenversicherte Personen:**

- es bestand früher eine Mitgliedschaft / Familienversicherung bei folgender gesetzlicher Krankenkasse:

\_\_\_\_\_  
(Name der Krankenkasse)

## 4. Angaben zur Versteuerung

Die Versteuerung erfolgt vorbehaltlich der von der Finanzverwaltung zur Verfügung gestellten Elektronischen Lohnsteuerabzugsmerkmale (ELStAM). Änderungen sind beim zuständigen Wohnsitzfinanzamt zu beantragen!

**Dieses Arbeitsverhältnis soll als**

- Hauptarbeitsverhältnis (Versteuerung nach Steuerklasse I bis V)  
Steuerklasse: \_\_\_\_\_ Konfession: \_\_\_\_\_ Kinderfreibetrag: \_\_\_\_\_  
 Nebenarbeitsverhältnis (Versteuerung nach Steuerklasse VI oder soweit zulässig, pauschalversteuert)

**berücksichtigt werden**

## 5. Angaben zur Zusatzversorgung

Ich war bereits in einem früheren Beschäftigungsverhältnis bei einer Zusatzversorgungskasse (z. B. VBL, EZVK, KVK, ZVK) Zusatzversichert

ja, bei folgender Zusatzversorgungskasse: \_\_\_\_\_

nein

**Ich versichere, dass meine Angaben vollständig und richtig sind. Die Aufnahme bzw. Beendigung weiterer Beschäftigungsverhältnisse werde ich der Zentr. Gehaltsabrechnungsstelle unverzüglich mitteilen. Dies gilt auch für den Fall einer Änderung der sonstigen Angaben.**

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Freiwillige Selbstauskunft gegenüber dem Arbeitgeber**  
**zur Anzahl der berücksichtigungsfähigen Kinder zur Ermittlung des Beitrages zur sozialen**  
**Pflegeversicherung nach § 55 Abs. 3 SGB XI**

Arbeitgeber:

---

Angaben zur beschäftigten Person:

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Personalnummer: \_\_\_\_\_

Ich bin kinderlos  ja  nein → bei "nein" ist nachfolgende Angabe zu dem Kind/ den Kindern erforderlich!

**Anzahl der berücksichtigungsfähigen Kinder unter 25 Jahren nach § 55 Abs. 3 SGB XI:**

Ich versichere folgende Zahl von berücksichtigungsfähigen Kindern mit Stand zum 1. Juli 2023:

- Keine Kinder unter 25 Jahren
- 1 Kind
- 2 Kinder
- 3 Kinder
- 4 Kinder
- 5 und mehr Kinder

- Hinweise zu berücksichtigungsfähigen Kindern nach § 55 Abs. 3 SGB XI erhalten Sie bei Ihrer Krankenkasse.
- Bitte geben Sie nur die Anzahl der Kinder bis zum vollendeten 25. Lebensjahr an. Sollten alle Ihre Kinder bereits das 25. Lebensjahr vollendet haben, kreuzen Sie bitte „Keine Kinder unter 25 Jahren“ an.
- Falls Sie Kinder unter 25 Jahren haben, füllen Sie bitte auch den beigefügten Bogen „Mitteilung der Kinderdaten für die Gehaltsabrechnung“ aus und geben diesen ab.
- **Achtung:** Bitte teilen sie jede Änderung umgehend und unaufgefordert der Personalabteilung mit Angabe der Wirksamkeit (gültig ab) mit.

**Hinweise:**

Es handelt sich um eine freiwillige Selbstauskunft. Sie müssen gar keine Angaben machen oder können einzelne Kinder unberücksichtigt lassen. Es können jedoch bei der Beitragsermittlung ausschließlich die angegebenen Kinder berücksichtigt werden. Hinsichtlich der Kinder, die gemäß Ihrer Angaben berücksichtigt werden sollen, gilt Folgendes: **Mitwirkungspflicht:** Nach § 280 Abs. 1 SGB IV sind Beschäftigte dazu verpflichtet, gegenüber dem Arbeitgeber die zur Durchführung des Meldeverfahrens und der Beitragszahlung erforderlichen Angaben zu machen und, soweit erforderlich, dazu notwendige Unterlagen vorzulegen. Dies gilt bei mehreren Beschäftigungen gegenüber allen beteiligten Arbeitgebern. Nach § 111 Abs. 1 Ziffer 4 SGB IV begehen Beschäftigte eine Ordnungswidrigkeit, wenn sie vorsätzlich oder leichtfertig diese Auskünfte nicht richtig, nicht vollständig oder nicht rechtzeitig erteilen oder die erforderlichen Unterlagen nicht vollständig oder nicht rechtzeitig vorlegen. Diese Ordnungswidrigkeit kann gemäß § 111 Abs. 4 SGB IV mit einer Geldbuße bis zu fünftausend Euro geahndet werden. Falsche Angaben stellen zudem eine Verletzung einer arbeitsrechtlichen Pflicht durch die Arbeitnehmerin bzw. den Arbeitnehmer dar und können unter anderem arbeitsrechtliche Konsequenzen nach sich ziehen. Jede Änderung der angegebenen Verhältnisse muss unaufgefordert der Personalabteilung mitgeteilt werden.

- **Datenschutz:** Ihre personenbezogenen Daten werden verarbeitet und gespeichert, soweit und solange dies zur Erfüllung der dem Arbeitgeber obliegenden Aufgaben erforderlich ist. Rechtsgrundlage für die Verarbeitung der personenbezogenen Daten ist Art. 6 Abs. 1 c) DS-GVO (i.V.m. § 55 Abs. 3 SGB XI).

Ich versichere die Hinweise zur Kenntnis genommen und meine Angaben entsprechend gemacht zu haben.

---

Ort, Datum

Unterschrift beschäftigte Person

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Personalnummer: \_\_\_\_\_

## Mitteilung der Kinderdaten für die Gehaltsabrechnung

Mit den nachfolgenden Angaben teile ich die Kinderdaten meiner folgenden Kinder mit:

1. \_\_\_\_\_  
Vorname / Familienname / Geburtsdatum

2. \_\_\_\_\_  
Vorname / Familienname / Geburtsdatum

3. \_\_\_\_\_  
Vorname / Familienname / Geburtsdatum

4. \_\_\_\_\_  
Vorname / Familienname / Geburtsdatum

5. \_\_\_\_\_  
Vorname / Familienname / Geburtsdatum