

# Sonja Spieckermann | Gerald Goetz

Steuerberater-PartG mbB

## Arbeitgeber:

### Checkliste Arbeitnehmer- Daten:

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

### **Arbeitnehmer:**

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

Straße: \_\_\_\_\_

Plz: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

Geburtsname: \_\_\_\_\_ Geburtsort: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Geschlecht: männlich \_\_\_ weiblich \_\_\_

Erreichter Schulabschluss: \_\_\_\_\_

Höchste erreichte Berufsausbildung / Qualifikation: \_\_\_\_\_

Datum Eintritt in Betrieb: \_\_\_\_\_

Berufsbezeichnung: \_\_\_\_\_

Ausgeübte Tätigkeit: \_\_\_\_\_

Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_ ggf. Arbeitserlaubnis beifügen

Familienstand:  verheiratet  ledig/geschieden

Angestellte(r)  Arbeiter(in)

**Rentner:** Ja \_\_\_ Nein \_\_\_ Rentenbescheinigung folgt: \_\_\_\_\_ Die Abgabe ist für die Abrechnung notwendig!

**Altersvollrentner :** ja \_\_\_ nein \_\_\_\_\_ **Regelaltersrente erreicht:** ja \_\_\_ nein \_\_\_\_\_

### **Falls ja:**

#### **Ich beantrage den Verzicht auf Rentenversicherungsfreiheit im Rahmen des Flexi-Rentengesetzes.**

Neben den vom Arbeitgeber zu zahlenden Beiträgen an die Rentenversicherung zahle ich auch meinen Anteil zur Rentenversicherung und erwerbe dadurch einen erhöhten Rentenanspruch. Ich habe mich darüber bei der DRV Bund informiert.

**Ja**, ich will eigene Beiträge bezahlen: \_\_\_\_\_

**Nein**, es verbleibt bei der Rentenversicherungsfreiheit: \_\_\_\_\_

Der Antrag ist wirksam ab \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ **Datum und Unterschrift Arbeitnehmer**

\_\_\_\_\_ **Datum und Unterschrift Arbeitgeber**

**Student:** Ja \_\_\_ Nein \_\_\_ Studienbescheinigung vorhanden: \_\_\_ folgt: \_\_\_\_\_

# Sonja Spieckermann | Gerald Goetz

## Steuerberater-PartG mbB

**Verzicht auf Anwendung der Gleitzone Regelung in der Rentenversicherung:** Ja \_\_\_\_ Nein \_\_\_\_  
(Arbeitnehmeranteil zur Rentenversicherung wird bei Verzicht in voller Höhe abgeführt)

Anzahl der Kinder: \_\_\_\_\_

Nachweise sind einzureichen (Geburtsurkunden u.ä.). **Zwingend notwendig, wenn kein Kinderfreibetrag durch das Finanzamt übermittelt wird.**

Wenn kein Nachweis vorliegt, muss der erhöhte Pflegeversicherungsbeitrag abgeführt werden.

Schwerbehinderung: ja \_\_\_\_ nein \_\_\_\_  
Ab einem Grad der Behinderung von 50 bitte Kopie des Schwerbehindertenausweises einreichen

Sozialversicherungsnummer: \_\_\_\_\_

Identifikationsnummer: \_\_\_\_\_

Finanzamtsnummer: \_\_\_\_\_

LSt- Klasse : \_\_\_\_\_

Konfession: \_\_\_\_\_

Kinderfreibetrag: \_\_\_\_\_

Standardmäßig wird gemäß § 42b EStG ein Lohnsteuerjahresausgleich am Ende des Jahres durchgeführt. Abweichend davon muss bis zum 15. November eines jeden Jahres schriftlich darauf verzichtet werden.

Gemäß dem BEA – Verfahren (Bescheinigungen elektronisch annehmen) werden bestimmte Bescheinigungen (Arbeitsbescheinigung, Nebenverdienstbescheinigungen) ab sofort elektronisch an die Agentur für Arbeit übermittelt. Dies gilt auch für angeforderte Bescheinigungen der Deutschen Rentenversicherung.

Hiermit widerspreche ich: \_\_\_\_

Arbeitsvertrag ist beigelegt   folgt

Dauer der Probezeit: \_\_\_\_\_

Vertragsform: Unbefristet \_\_\_\_ Befristet \_\_\_\_ Befristung zum \_\_\_\_\_

Ort der ersten Tätigkeitsstelle laut Vertrag: \_\_\_\_\_

Wöchentliche Arbeitszeit: \_\_\_\_\_ Std

Davon: Mo: \_\_\_\_ Std Di: \_\_\_\_ Std Mi: \_\_\_\_ Std Do: \_\_\_\_ Std Fr: \_\_\_\_ Std Sa: \_\_\_\_ Std

Urlaubsanspruch pro Jahr: \_\_\_\_\_ Tage

### Lohn/Gehaltszahlung:

Bar  Scheck  Überweisung

Bankverbindung AN:

IBAN: \_\_\_\_\_

BIC: \_\_\_\_\_

Abweichender Kontoinhaber: \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Bruttogehalt mtl. (ohne VL): \_\_\_\_\_ € Stundenlohn \_\_\_\_\_ €

Änderung ab: \_\_\_\_\_



# Sonja Spieckermann | Gerald Goetz

Steuerberater-PartG mbB

Zurück an:

Spieckermann | Goetz  
Steuerberater PartG mbB  
Dahlmannstraße 1-3  
24103 Kiel