

Personalfragebogen

Fehlzeiten

Dieses Formular ist nur vom Arbeitgeber auszufüllen

Firma

Name des Mitarbeiters

Personalnummer

Dieser Personalfragebogen dient zur Vorerfassung von Personaldaten für das DATEV-Lohnabrechnungsprogramm. Zur Wahrung der Aufbewahrungsfrist wird der ausgefüllte Personalfragebogen von dem Arbeitgeber / der lohnabrechnenden Stelle gespeichert.

Krankheit

Welche Fehlzeit liegt vor ?

	(TT.MM.JJJJ)		(TT.MM.JJJJ)
<input type="checkbox"/> Entgeltfortzahlung mit AU-Bescheinigung	von _____	bis	_____
<input type="checkbox"/> Entgeltfortzahlung ohne AU-Bescheinigung	von _____	bis	_____
<input type="checkbox"/> Krankentagegeld bei Krankheit oder Kur	von _____	bis	_____
<input type="checkbox"/> Krank über 6 Wochen geringf. entlohnter Arbeitnehmer	von _____	bis	_____
<input type="checkbox"/> Krank privat Versicherte ohne Krankentagegeld	von _____	bis	_____
<input type="checkbox"/> Krank bei Eintritt ohne Entgeltfortzahlung	von _____	bis	_____
<input type="checkbox"/> Verletztengeld bei Krankheit oder Kur	von _____	bis	_____
<input type="checkbox"/> Übergangsgeld bei Krankheit oder Kur	von _____	bis	_____
<input type="checkbox"/> Versorgungskrankengeld bei Krankheit oder Kur	von _____	bis	_____
<input type="checkbox"/> Entgeltfortzahlung wegen Organ-/Gewebespende	von _____	bis	_____
<input type="checkbox"/> Sonstiges:	von _____	bis	_____

Welcher Tag war der letzte Arbeitstag vor der Erkrankung? (TT.MM.JJJJ)

Ursache der Arbeitsunfähigkeit

Schädigung durch Dritte Arbeitsunfall

Bei Ursache Schädigung durch Dritte wird die Abtretung nach § 5 AAG erklärt

Ja Nein

Wurde am 1. Tag der Arbeitsunfähigkeit noch gearbeitet ?

Ja Nein

Falls ja, wie viele Stunden _____

Kindererkrankung

<input type="checkbox"/> Kindererkrankung mit Krankengeld, ausschuss durch	<input type="checkbox"/> Arbeitsvertrag	<input type="checkbox"/> Tarifvertrag	<input type="checkbox"/> Betriebsvereinbarung		(TT.MM.JJJJ)	(TT.MM.JJJJ)
				von _____	bis _____	
<input type="checkbox"/> Kindererkrankung mit Entgeltfortzahlung				von _____	bis _____	
<input type="checkbox"/> Kindererkrankung ohne Krankengeld, da über 10 Tage bzw. 20 Tage bei Alleinerziehenden				von _____	bis _____	
<input type="checkbox"/> Kindererkrankung bei Schwerbehinderung				von _____	bis _____	

Angaben zum Kind

Vorname	Geburtsdatum
Wurde am ersten Tag der Freistellung bei vollem Entgelt noch teilweise gearbeitet ?	Ursache der Krankheit ist ein Unfall (Kinderverletzungsgeld?)
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Mutterschaft

Wahrscheinlicher Tag der Entbindung (TT.MM.JJJJ)	Tatsächlicher Tag der Entbindung (TT.MM.JJJJ)				
<input type="checkbox"/> Mehrlingsgeburt	<input type="checkbox"/> Frühgeburt	<input type="checkbox"/> Fehlgeburt	<input type="checkbox"/> Behinderung des Kindes		
Verdienst in den drei Monaten vor Beginn der Schutzfrist					
Monat/Jahr	_____	Bruttoverdienst	_____	Nettoverdienst	_____
Monat/Jahr	_____	Bruttoverdienst	_____	Nettoverdienst	_____
Monat/Jahr	_____	Bruttoverdienst	_____	Nettoverdienst	_____
Lag in diesen Monaten eine Nebenbeschäftigung vor ? (Hinweis: Bei mehreren Arbeitgebern wird der Zuschuss zum Mutterschaftsgeld anteilig pro Beschäftigung ermittelt.)				<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Liegt ein Beschäftigungsverbot vor ?				<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, von _____ bis _____
Falls ja, Art des Beschäftigungsverbots				<input type="checkbox"/> Individuelles Beschäftigungsverbot	<input type="checkbox"/> generelles Beschäftigungsverbot

Sonstige Fehlzeiten

			(TT.MM.JJJJ)	(TT.MM.JJJJ)
<input type="checkbox"/> Elternzeit	von _____	bis _____		
<input type="checkbox"/> Pflegezeit	von _____	bis _____		
<input type="checkbox"/> Kurzzeitige Pflege (bis zu 10 Tage)	von _____	bis _____		
<input type="checkbox"/> Pflegeunterstützungsgeld	von _____	bis _____		
<input type="checkbox"/> Unbezahlter Urlaub	von _____	bis _____		
<input type="checkbox"/> Unbezahlte Fehlzeit	von _____	bis _____		
<input type="checkbox"/> Unwiderrufliche bezahlte Freistellung	von _____	bis _____		
<input type="checkbox"/> Unwiderrufliche unbezahlte Freistellung	von _____	bis _____		

Ort, Datum

Unterschrift Arbeitgeber