

misch + schlachter gmbh steuerberatungsgesellschaft	CL / FO / VA / AA	FO 36-02-07
	Seite	Seite 1 von 6
	Erstellt von:	mg
	Genehmigt von:	ws
PERSONALSTAMMBLATT PRAKTIKANTEN		Stand: 01.01.2020



Mandant		Jahr	Bearbeiter		Berater	geprüft	
Nr.	Name		Name	Zeichen	Nr.	am	durch
.							

FO 36-02-07	Personalstammblatt Praktikanten		
Name, Vorname	Geburtsdatum	Versicherungsnummer, gem. Sozialvers.-Ausweis	
Geburtsort	Geburtsname (nur bei fehlender Versicherungsnummer)		
Straße, Wohnort		Staatsangehörigkeit	
Familienstand		Geschlecht: <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> unbestimmt <input type="checkbox"/> divers	
<input type="checkbox"/> Vorpraktikum / Nachpraktikum Freiwilliges Praktikum zur Verbesserung meiner Kenntnisse <input type="checkbox"/> Vorpraktikum / Nachpraktikum Vorgeschriebenes Praktikum / Vertrag vom _____ Kopie der Studienordnung (Unterlagen sind beigelegt)			
Ich bin Student / Schüler an der _____ (Uni / Fachhochschule / Schule) (Studienbescheinigung / Schulbescheinigung ist beigelegt)			
<input type="checkbox"/> Freiwilliges Zwischenpraktikum _____ (Unterlagen sind beigelegt)			
<input type="checkbox"/> vorgeschriebenes Zwischenpraktikum / Vertrag vom _____ Kopie der Studienordnung (Unterlagen sind beigelegt)			
Bei SV-Pflicht anmelden bei _____ (Krankenkasse)			
<input type="checkbox"/> Private Krankenversicherung besteht bei _____ (Bescheid ist beigelegt)			
<input type="checkbox"/> Bescheinigung LSt-Abzug - Merkmale _____ (ist beigelegt) <input type="checkbox"/> Pauschale LSt durch AG			
<input type="checkbox"/> Nachweis der Elterneigenschaft <input type="checkbox"/> Identifikationsnummer: _____			
Es wird folgendes Praktikum vereinbart:			
Befristung vom _____ bis _____			
Entgelt _____ EUR <input type="checkbox"/> mtl. <input type="checkbox"/> wö.			
Tätigkeit _____			
wöchentliche Arbeitszeit _____ Std.			

--

misch + schlachter gmbh steuerberatungsgesellschaft	CL / FO / VA / AA	FO 36-02-07
	Seite	Seite 2 von 6
	Erstellt von:	mg
	Genehmigt von:	ws
PERSONALSTAMMBLATT PRAKTIKANTEN		Stand: 01.01.2020



Mandant		Jahr	Bearbeiter		Berater	geprüft	
Nr.	Name		Name	Zeichen	Nr.	am	durch

Im laufenden Kalenderjahr hatte ich keine / folgende Beschäftigungen:

von	bis	wö. Arb.-Zeit	Entgelt EUR	wö. mtl.	Befristung	ja	nein
_____	_____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Gleichzeitig übe ich folgende Beschäftigungen aus bzw. bin selbst. Tätig:

von	bis	wö. Arb.-Zeit	Entgelt EUR	wö. mtl.	Arbeitgeber	Befristung	ja	nein
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Barzahlung

Oder:

Bankverbindung: Geldinstitut _____ BLZ _____ Konto-Nr. _____

Ich versichere, diese Angaben wahrheitsgemäß gemacht zu haben. Jede Änderung werde ich unverzüglich mitteilen. Bei unwahren Angaben oder Verletzungen meiner Anzeigepflicht erkläre ich mich bereit, die vom Sozialversicherungsträger/Finanzamt nachgeforderten Beträge zu erstatten.

Ort, Datum

Unterschrift Mitarbeiter

Unterschrift Arbeitgeber/Lohnsachbearbeiter

Von der Kanzlei zu bearbeiten:

Pers.-Nr.	Abteilungs-Nr.	Kostenstellen-Nr.	BG.-Nr.
_____	_____	_____	_____
Datum _____		Unterschrift _____	

--

misch + schlachter gmbh steuerberatungsgesellschaft	CL / FO / VA / AA	FO 36-02-07
	Seite	Seite 4 von 6
	Erstellt von:	mg
	Genehmigt von:	ws
PERSONALSTAMMBLATT PRAKTIKANTEN		
	Stand:	01.01.2020



Mandant		Jahr	Bearbeiter		Berater	geprüft	
Nr.	Name		Name	Zeichen	Nr.	am	durch
.							

Die Erhebung der Daten beruht auf § 206 des SGB V und § 98 des SGB X

Ergebnis: Es besteht

Krankenversicherungspflicht	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>	Personengruppen- schlüssel	
Pflegeversicherungspflicht	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>		
Rentenversicherungspflicht	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Arbeitslosenversicherungspflicht	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>	Betraggruppen- schlüssel	
KV Pauschalbeitrag		ja	<input type="checkbox"/>	nein		<input type="checkbox"/>
RV Pauschalbeitrag		ja	<input type="checkbox"/>	nein		<input type="checkbox"/>

zuständige Einzugsstelle/Mini-Job-Zentrale: _____

Datum/Unterschrift des Feststellenden _____

misch + schlachter gmbh steuerberatungsgesellschaft	CL / FO / VA / AA	FO 36-02-07
	Seite	Seite 6 von 6
	Erstellt von:	mg
	Genehmigt von:	ws
PERSONALSTAMMBLATT PRAKTIKANTEN		
	Stand:	01.01.2020



Mandant		Jahr	Bearbeiter		Berater	geprüft	
Nr	Name		Name	Zeichen	Nr.	am	durch
.							

Die Erhebung der Daten beruht auf § 206 des SGB V und § 98 des SGB X

Ergebnis: Es besteht

Krankenversicherungspflicht	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>	Personengruppen- schlüssel
Pflegeversicherungspflicht	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>	
Rentenversicherungspflicht	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Arbeitslosenversicherungspflicht	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>	Betragsgruppen- schlüssel
					<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Zuständige Einzugsstelle/DRV Knappschaft-Bahn-See: _____

Datum/Unterschrift des Feststellenden _____
