

**Mitarbeiter\*innen-Datenblatt**  
 (Bitte vollständig und lesbar ausfüllen)



Allgemeine Stammdaten	
Name	Vorname
Straße, Hausnr.	PLZ, Ort
Telefon	E-Mail-Adresse
Geburtstag	Nationalität
Erlerner Beruf	
Bitte relevante Aus-/Fortbildungsnachweise beifügen (z.B. pflegerisch/pädagogisch/therapeutisch)	

Steuer			
Steuer-Identifikationsnummer	Steuerklasse	Kinderfreibetrag	Konfession

Sozialversicherung	
Krankenkasse	Sozialversicherungsnummer

Elterneigenschaft
<input type="checkbox"/> nein, ich habe keine Kinder <input type="checkbox"/> ja, ich habe ___ Kinder (Bitte Kopie(n) der Geburtsurkunde(n) beifügen)

Bankverbindung
IBAN <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Kontoinhaber*in (falls abweichend)

Mehrfachbeschäftigung			
weitere versicherungspflichtige Beschäftigung:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Entgelt in €
weitere geringfügige Beschäftigung:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Entgelt in €

Informationen zur angestrebten Tätigkeit	
Arbeitgeber*in	Gewünschtes Eintrittsdatum
Tätigkeitsumfang <input type="checkbox"/> Vollzeit <b>oder</b> <input type="checkbox"/> Teilzeit im Umfang von _____ Stunden <b>oder</b> <input type="checkbox"/> geringfügige Beschäftigung, falls ja <input type="checkbox"/> Befreiung Rentenversicherung gewünscht	

Ich versichere, dass die vorstehenden Angaben der Wahrheit entsprechen. Ich verpflichte mich, meinem\*meiner Arbeitgeber\*in bzw. der Ostsee Intensivpflege GmbH alle Änderungen, insbesondere im Bezug auf weitere Beschäftigungen (in Bezug auf Art, Dauer und Entgelt) unverzüglich mitzuteilen.

\_\_\_\_\_  
 Datum, Unterschrift Arbeitnehmer\*in