

Upitnik za osoblje

Za registraciju u obračunu plaće — Osobni podaci

Poslodavac:

Arbeitgeber

Upitnik za zaposlenika:

Name des Arbeitnehmers

Datum početka:

Eintrittsdatum

* = Obavezno polje

★ Molimo vratite ispunjeni obrazac poreznom uredu poštom ili e-mailom.

1 · Osobni podaci

Ime *

Vorname

Prezime *

Nachname

Ulica, kućni broj *

Straße, Hausnummer

Poštanski broj *

PLZ

Grad (u Njemačkoj) *

Wohnort

Datum rođenja *

Geburtsdatum

Mjesto rođenja

Geburtsort

Država rođenja *

Geburtsland

Državljanstvo *

Staatsangehörigkeit

Spol * · Geschlecht

☐

Muški

☐

Ženski

☐

Ostalo

Bračni status * · Familienstand

☐

Slobodan/na

☐

Oženjen/Udana

☐

Registrirano partnerstvo

☐

Razveden/a

☐

Udovac/Udovica

☐

Odvojen/a

Broj putovnice *

Reisepassnummer

Putovnica / iskaznica vrijedi do *

Gültig bis

Jeste li državljani/ka EU / EGP-a? * · EU-Bürger/in?

☐

Da — državljani EU / EGP

☐

Ne — državljani treće države

Vrsta boravišne dozvole *

Art des Aufenthaltstitels

Dozvola vrijedi do *

Aufenthaltstitel gültig bis

2 · Kontakt i bankovni podaci

E-mail adresa *

E-Mail-Adresse

Telefon

Telefon

Način plaćanja * · Zahlungsweg

☐

Bankovni prijenos

☐

Nemam bankovni račun

IBAN *

IBAN (račun za plaću)

3 · Porezni podaci**Porezni identifikacijski broj (Steuer-ID) ***

Steueridentifikationsnummer

11 znamenki — iz porezne prijave ili od Finanzamt-a

Porezni razred (Steuerklasse) * · Steuerklasse☐ I — Slobodan/razveden/udovac☐ II — Samohrani roditelj☐ III — Oženjen (viši prihod)☐ IV — Oženjen (jednaki prihodi)☐ V — Oženjen (niži prihod)☐ VI — Drugi radni odnos☐ Nepoznato — porezna uprava će provjeriti**Odbitak za djecu (broj) ***

Kinderfreibetrag

0 ako nema djece; obično 0,5 po djetetu

Crkveni porez (Kirchensteuer) *

Konfession / Kirchensteuermerkmal

Bez konfesije (bez crkvenog poreza)

4 · Socijalno osiguranje**Broj socijalnog osiguranja ***

Rentenversicherungsnummer (SV-Nummer)

12 znakova — s iskaznice socijalnog osiguranja

Status zdravstvenog osiguranja * · Krankenversicherungsstatus☐ Zakonsko obvezno☐ Zakonsko dobrovoljno☐ Privatno**Naziv zdravstvene blagajne ***

Name der Krankenkasse

Mjesečni doprinos za zdravstveno osiguranje *

Monatlicher KV-Beitrag

Datum / Potpis zaposlenika

Datum / Unterschrift des Arbeitnehmers

Datum / Unterschrift Arbeitgeber

Für den Arbeitgeber