

Lohn24 Abrechnungsgesellschaft mbH  
 Postfach: 47 06 69  
 12315 Berlin

Bitte füllen Sie dieses Blatt vollständig aus und  
 senden es möglichst schnell zurück.  
 Sie helfen uns damit, Ihre Lohn- bzw.  
 Gehaltsabrechnung korrekt zu erstellen.

**Arbeitgeber (Stempel):**

Fax: 030 / 664 420 8  
 E-Mail: abrechnung@lohn24.de

Personalnummer		Kostenstelle	
Name			
Vorname			
Straße, Hausnummer			
Postleitzahl, Ort			
Geburtsdatum		Geschlecht	
Geburtsort		Geburtsname	
Mobilfunknummer		E-Mailadresse	
Staatsangehörigkeit		Arbeitserlaubnis	bis
Familienstand		Kinder	
Kontonummer		Bankleitzahl	
BIC		Kontoinhaber	
IBAN			
Sozialversicherungsnr.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Krankenkasse			
Geschäftsstelle			

Steuerklasse		Religion	
ausst. Gemeinde AGS		Kinderfreibeträge	
Steuer-ID	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Falls Sie Ihre Steuer-ID noch nicht abgegeben haben, holen Sie das bitte schnellstmöglich nach!

**Bitte füllen Sie auch die Rückseite (Seite 2) aus!**

**Personaldaten Seite 2**

Bitte füllen Sie auch diese Seite vollständig aus.

**Name, Vorname:**

Höchster erreichter Schulabschluss	
Höchste erreichte Berufsausbildung	

Tätigkeitsbeschreibung			
Art der Beschäftigung	<input type="checkbox"/> Vollzeit <input type="checkbox"/> Teilzeit	Vertragsform	<input type="checkbox"/> Unbefristet <input type="checkbox"/> Befristet
Erster Arbeitstag		Befristet bis	
Ausbildungsbeginn		Ausbildungsende	
wöchentl. Arbeitszeit	h	tägl. Arbeitszeit	h
Arbeitsentgelt	EUR	Pro	
Urlaubsanspruch im Eintrittsjahr	Tage	Urlaubsanspruch gesamtes Jahr	Tage

Vorliegen einer Schwerbehinderung	% (GdB)	Schwerbehindertenausweis beifügen!
-----------------------------------	---------	------------------------------------

Sonstige Angaben (Mehrfachbeschäftigter, Altersvollrentner, Selbstständiger, ...)

Anlagen	
<input type="checkbox"/> Lohnsteuerkarte/ELStAM	<input type="checkbox"/> Elternnachweis
<input type="checkbox"/> Mitgliedsbescheinigung der Krankenkasse	<input type="checkbox"/> Nachweis private Krankenversicherung
<input type="checkbox"/> VL-Vertrag (vermögenswirksame Leistungen)	<input type="checkbox"/> BAV-Vertrag (betriebliche Altersvorsorge)
<input type="checkbox"/> Kopie Schwerbehindertenausweis	<input type="checkbox"/> Kopie d. Arbeits-/Ausbildungsvertrages

---

Ort, Datum

---

Unterschrift