

--

Datum	
Bearbeiter/-in	Telefon:
	Fax:

NLBV

Angaben zur Zahlungsaufnahme für stud. und wiss. Hilfskräfte

- Neueinstellung Wiederzugang (früheres Beschäftigungsverhältnis endete am: _____)
 Weiterbeschäftigung (ggf. Aktenzeichen: _____)

Teil A (Von der Personalstelle auszufüllen!)

Name	PLZ	Ort	Geburtsdatum	
Vorname	Straße		<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> divers	
Tag der Einstellung / Änderung	Befristet bis zum		Staatsangehörigkeit	
	<input type="checkbox"/> unbefristet		<input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/>	
Dienststellennummer / Unterdienststelle		Betriebsnummer	Tätigkeitsschlüssel / laufende Nummer	
01415 /			(9 Stellen) / (3 Stellen)	
Vergütung je Stunde: <input type="checkbox"/> 10,55 EUR <input type="checkbox"/> 12,27 EUR <input type="checkbox"/> 16,65 EUR <input type="checkbox"/> EUR <input type="checkbox"/> EUR				
Stundenzahl monatlich		Stunden im Monat	Stunden im Monat	
		Stunden im Monat	Stunden im Monat	
<input type="checkbox"/> abweichend soll bei folgenden Teilmonaten die volle Stundenzahl gezahlt werden:				
Kaufmännische Buchführung		Buchungskreis:		
KostSt.:	Anteil:	Dienststart:	Funktion:	
KostSt.:	Anteil:	Dienststart:	Funktion:	
Kameralistische Buchführung:				
Finanzkreis	Kapitel	Titel	Unterkonto	

Unterschrift Bearbeiter/in

Teil B (Von dem/der Beschäftigten auszufüllen! Ohne vollständige Angaben kann eine Zahlungsaufnahme **nicht** erfolgen!)

Bankinstitut	IBAN (Angabe unbedingt erforderlich)	
	BIC (Angabe unbedingt erforderlich)	
Krankenversicherung <input type="checkbox"/> gesetzlich <input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/> liegt bereits vor	Sozialversicherungsnummer:	
	Bitte Sozialversicherungsausweis in Kopie beifügen! <input type="checkbox"/> liegt bereits vor <input type="checkbox"/> ist/wird beantragt und wird nachgereicht	
Steuerliche Identifikationsnummer (Steuer-ID):		
Angaben über weitere Beschäftigungen: In den letzten 12 Monaten war / bin ich <input type="checkbox"/> nicht berufstätig. <input type="checkbox"/> beschäftigt bei:		
Arbeitgeber (von / bis)	monatliches Entgelt EUR	Arbeitszeit wöchentlich/monatlich
Arbeitgeber (von / bis)	monatliches Entgelt EUR	Arbeitszeit wöchentlich/monatlich
Ich erkläre, vorstehende Fragen über meine Person und die Beschäftigung/en wahrheitsgemäß beantwortet zu haben. Ich verpflichte mich, alle Veränderungen, die die Beantwortung vorstehender Fragen betreffen, unverzüglich mitzuteilen.		
Datenschutzrechtlicher Hinweis: Die Erhebung Ihrer persönlichen Daten sowie deren weitere Verarbeitung erfolgt auf der Grundlage des Art. 88 der Datenschutz-Grundverordnung ggf. in Verbindung mit § 12 Abs. 1 Niedersächsisches Datenschutzgesetz. Die Angaben sind erforderlich, um Ihre künftigen Bezüge in der zustehenden Höhe berechnen und zahlen zu können. Ergänzend verweise ich auf meine Hinweise zum Datenschutz in NLBV unter www.nlbv.niedersachsen.de .		
Ort, Datum	Unterschrift des Arbeitnehmers/der Arbeitnehmerin	

Anlagen:

- Erklärung zur steuerlichen Behandlung (Vordr. 7836) (ohne Vorlage erfolgt die Versteuerung nach Steuerklasse VI)
 Kopie des Sozialversicherungsausweises Kopie der Bachelor-/ Master-/ Diplom-Urkunde
 Erklärung zur Prüfung der Sozialversicherungspflicht E-Mail-Adresse: _____
 Studienbescheinigung / Erklärung zum Studium (z. B. Promotionsstudium) Telefon-Nr.: _____
 ggf. Mitgliedsbescheinigung der privaten Krankenversicherung Durchschrift des Arbeitsvertrages