

PERSONALBOGEN

Name (Geburtsname, Akad. Grad)

Vorname

Geb. Datum

Geb. Ort

Staatsangehörigkeit

Adresse Strasse

PLZ

Wohnort

Tel.-Nr.:

Mobil:

E-Mail-Adresse:

Familienstand ☐ ledig ☐ verheiratet ☐ geschieden ☐ verwitwet ☐ dauernd getrennt lebend

Eintritt

Krankenhaus

Abteilung

Ehegatte /in in der Oberschwabenklinik gGmbH beschäftigt

☐ Ja

☐ Nein

Beschäftigungsvorzeiten:

Waren Sie bereits einmal in einem der Krankenhäuser der Oberschwabenklinik gGmbH beschäftigt (Wangen, Leutkirch, Isny, Bad Waldsee, Heilig-Geist-Spital, Krankenhaus St. Elisabeth)

☐ Ja

☐ Nein

Von: _____ bis: _____ Krankenhaus: _____

Kinder (bitte alle Kinder unabhängig vom Alter eintragen)

Name

Vorname

Geb. datum

Schul-/Berufsausbildung

Kindergeldanspruch

☐ Ja

☐ Nein

☐ Ja

☐ Nein

☐ Ja

☐ Nein

☐ Ja

☐ Nein

☐ Ja

☐ Nein

☐ Ja

☐ Nein

(wenn **Ja** s. Rückseite)

Behinderungen - bitte Nachweise beifügen-

Ich bin ☐ schwerbehindert ☐ gleichgestellt ☐ Antrag ist gestellt Grad _____

Art der Behinderung (soweit für die auszuübende Tätigkeit relevant):

ÄrztENUMMER/SSR-Nr.

- bitte Nachweise beifügen-

Ich bin ☐ Arzt/Ärztin

Arztnummer: _____

Ich bin ☐ MTRA

SSR-Nr.: _____ (Zertifikat beilegen)

bitte wenden

Bitte geben Sie die entsprechenden Unterlagen bei Dienstbeginn in der Personalabteilung bzw. örtlichen Verwaltung ab:

➤ Lohnsteuerdaten

Steuerklasse.: _____ Konfession: _____ Kinderfreibetrag: _____

[illegible]

➤ **Sozialversicherungsausweis** bzw. Versicherungsnummer _____

➤ Bei welcher **Krankenkasse** möchten Sie versichert werden?

Bitte Mitgliedsbescheinigung bzw. bei freiwilliger Mitgliedschaft Beitragsnachweis und bei privater Krankenversicherung die aktuelle Versicherungspolice vorlegen.

- **Aktuelle Bescheinigung** (bei jedem Arbeitgeberwechsel ist ein neuer Befreiungsantrag zu stellen) **über die Befreiung von der Rentenversicherungspflicht** (§6 Abs. 1 Satz 1 Nr.1 SGB VI)

- Befreiung von der gesetzlichen Kranken-/Pflegeversicherung

➤ **Ärzteversorgung Baden-Württemberg** Verwaltungsnr. _____

➤ Besteht bzw. bestand Mitgliedschaft bei einer **Zusatzversorgungskasse**? ☐ Ja ☐ Nein
Wenn **ja**, bei welcher Zusatzversorgungskasse? _____

von _____ bis _____ Versicherungsnummer: _____

durch welchen Arbeitgeber?

➤ **Bankverbindung:**

Geldinstitut _____	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 12.5%; height: 30px;"></td> <td style="width: 12.5%; height: 30px;"></td> <td style="width: 12.5%; height: 30px;"></td> <td style="width: 12.5%; height: 30px;"></td> <td style="width: 12.5%; height: 30px;"></td> <td style="width: 12.5%; height: 30px;"></td> <td style="width: 12.5%; height: 30px;"></td> <td style="width: 12.5%; height: 30px;"></td> <td style="width: 12.5%; height: 30px;"></td> <td style="width: 12.5%; height: 30px;"></td> </tr> </table>										
BIC											

[illegible]

- Vermögenswirksame Leistungen bei

Bitte Antrag auf Überweisung vermögenswirksamer Leistungen beifügen !

➤ Für **Kinder**, die das 18. Lebensjahr vollendet haben und Ihre Ausbildung nicht abgeschlossen haben, bitten wir um Vorlage **einer Schul-, Studien- oder Ausbildungsbescheinigung bzw. eines Kindergeldbescheides**.

- Für die Befreiung vom Zusatzbeitrag in der Pflegeversicherung bitte Nachweis der Elterneigenschaft vorlegen (z.B. Geburtsurkunde, Adoptionsurkunde, Kindergeldbescheid)

- Schul-/Studienbescheinigung

- Arbeitserlaubnis/ Aufenthaltserlaubnis

➤ **Veröffentlichung von Mitarbeiterdaten**

☐ Ich bin nicht damit einverstanden, dass Ereignisse, die meine Person betreffen (z.B. Eintritt, Dienstjubiläum und Eintritt in den Ruhestand) im Intranet bzw. in der Mitarbeiterzeitung veröffentlicht werden. (falls zutreffend bitte ankreuzen)

Ich erkläre hiermit, dass meine Angaben vollständig und richtig sind. Ich verpflichte mich, Veränderungen gegenüber den dargelegten Verhältnissen, insbesondere den Wegfall des Kindergeldes bei einem der aufgeführten Kinder oder Änderungen im Familienstand sowie sonstige Änderungen (z.B. der Adresse) unverzüglich zu melden.

Mir ist bekannt, dass ich Bezüge, die ich infolge unterlassener, verspäteter oder fehlender Angaben zu viel erhalten habe, zurückzahlen muß.

Datum

Unterschrift