

Bewerbungsbogen

Sehr geehrter Bewerber, sehr geehrte Bewerberin,

aufgrund Ihrer Bewerbung für eine befristete Beschäftigung in unserem Bereich möchten wir einige Angaben festhalten, die wir zur Aufnahme in unsere Warteliste bzw. für den Abgleich mit dem Anforderungsprofil der hier vorhandenen Arbeitsplätze benötigen.

Wenn Sie damit einverstanden sind, tragen Sie bitte die Angaben nachfolgend ein, damit wir Sie vormerken können!

Name:		Vorname:	
Ggf. Geburtsname:		Geschlecht:	<input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr
Straße:		PLZ + Wohnort:	
Telefon:		Nationalität:	
Geburtsort-/land:		Geburtsdatum:	

Waren Sie schon bei der Deutschen Post AG bzw. Deutschen Bundespost beschäftigt?			
<input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA, in	(Ort)	als
Falls ja: Beschäftigungszeitraum:		von ...	bis ...
Falls ja: Haben Sie von der Post eine Abfindung erhalten?			<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
Waren Sie schon im öffentlichen Dienst beschäftigt?			
<input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA		
Sind Sie Versorgungsempfänger/in (Witwe/Waise eines Beamten)?			
<input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA		
Zivilstand:	<input type="checkbox"/> Ledig	<input type="checkbox"/> Verheiratet	<input type="checkbox"/> Geschieden
Sind Sie arbeitslos gemeldet?			
<input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA, ich beziehe	<input type="checkbox"/> Arbeitslosengeld	<input type="checkbox"/> Arbeitslosengeld II
		<input type="checkbox"/> Sonstiges	<input type="checkbox"/> noch nichts
Sind Sie ... ?	<input type="checkbox"/> Schüler/in	<input type="checkbox"/> Abiturient/in	<input type="checkbox"/> Student/in
Welchen Beruf haben Sie?	gelernt ...	ausgeübt ...	
Beschäftigung in den letzten 12 Monaten:			
1. von ...	bis ...	Anzahl der Wochenarbeitsstunden:	
2. von ...	bis ...	Anzahl der Wochenarbeitsstunden:	
3. von ...	bis ...	Anzahl der Wochenarbeitsstunden:	
Bankverbindung: Konto-Nr.	BLZ:	Kreditinstitut:	
Haben Sie eine Kündigungsfrist einzuhalten?	<input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/> JA	Dauer der Frist:	
Bei welcher Krankenkasse sind Sie versichert?			
Krankenkasse:			
Wie lautet Ihre Sozialversicherungsnummer (früher: Rentenversicherungsnummer)?			
Sozialversicherungsnummer:			

Welchen Schulabschluss haben Sie?			
<input type="checkbox"/>	Volks-/Hauptschule, Mittlere Reife		
<input type="checkbox"/>	Abitur/Hochschul- reife (Allgemein oder fachgebunden)		
<input type="checkbox"/>	keinen Schul- abschluss		
Gewünschter Beschäftigungszeitraum:			
<input type="checkbox"/>	ab sofort	oder	von ... bis ...
Ich kann zu folgenden Tageszeiten arbeiten (es können auch mehrere Tageszeiten angekreuzt werden):			
<input type="checkbox"/>	Morgens (04:00 - 08:00 Uhr)	<input type="checkbox"/>	Vormittags (08:00 - 12:00 Uhr)
<input type="checkbox"/>	Nachmittags (13:00 - 17:00 Uhr)	<input type="checkbox"/>	Abends (17:00 - 21:00 Uhr)
<input type="checkbox"/>	Nachts (00:00 - 07:00 Uhr)	<input type="checkbox"/>	Nachts (03:00 - 07:00 Uhr)
Besteht im gewünschten Beschäftigungszeitraum ein weiteres Beschäftigungsverhältnis?			
<input type="checkbox"/>	NEIN	<input type="checkbox"/>	JA, bei ... mit ... Stunden

Ein Großteil unserer Tätigkeiten ist durch folgende körperliche Anforderungen gekennzeichnet:

- Tätigkeiten werden zumeist im Stehen und Gehen, weniger im Sitzen verrichtet.
- Häufiges Heben und Tragen von Sendungen/Behältern mit einem Gewicht bis 12 kg, gelegentlich auch darüber
- Häufige Drehbewegungen des Oberkörpers
- Häufiges Ein- und Aussteigen aus Kfz (in der Zustellung)
- Häufiges Strecken der Arme über Kopfhöhe hinaus (in der Sortierung)

Besonders belastet werden dabei der Rücken, die Wirbelsäule sowie Knie- und Armgelenke.

Hinweis: Diese Aufzählung soll einen *Eindruck* unserer Anforderungsprofile vermitteln. Sie erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit.

Fühlen Sie sich den körperlichen Belastungen, die mit dem Arbeitsplatz verbunden sind, gewachsen?			
<input type="checkbox"/>	NEIN	<input type="checkbox"/>	JA
Besitzen Sie einen gültigen Pkw-Führerschein?			
<input type="checkbox"/>	NEIN	<input type="checkbox"/>	JA

Ich versichere, sämtliche Fragen nach bestem Wissen und Gewissen beantwortet und nichts verschwiegen zu haben, was meiner Einstellung und Verwendung bei der Deutschen Post AG hinderlich sein könnte. Ich muss mit der Lösung des Arbeitsverhältnisses rechnen, sollte sich herausstellen, dass die vorstehenden Angaben vorsätzlich falsch oder unvollständig angegeben wurden.

....., den _____

(Unterschrift der Bewerberin/des Bewerbers)

Fragebogen zur sozialversicherungsrechtlichen Beurteilung - durch Arbeitnehmer/in auszufüllen -

.....
Anrede, Vorname, Name

Geburtsdatum, Personalnummer (sofern vorhanden)

1. Sozialversicherungsausweis (SVA) und Rentenversicherungsnummer

Das Original des SVA wird vorgelegt. Das Original des SVA wurde schon vorgelegt.

Rentenversicherungsnummer: :

Der SVA kann nicht vorgelegt werden.

2. Krankenversicherung

2.1 Ich bin bei folgender gesetzlicher Krankenkasse (familien-)versichert:

.....

2.2 Ich möchte bei folgender gesetzlicher Krankenkasse Mitglied werden:

.....

Eine aktuelle Mitgliedsbescheinigung der Krankenkasse

ist beigefügt wird unverzüglich nachgereicht.

2.3 Ich bin bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen versichert/mitversichert
(Bitte Unternehmen hier eintragen.):

2.4 Sofern ich privat krankenversichert bin, möchte ich im Fall des Eintritts von Versicherungs- und Beitragspflicht bei folgender gesetzlicher Krankenkasse versichert werden bzw. bestand meine letzte Versicherung bei folgender gesetzlicher Krankenkasse (bitte unbedingt angeben):

.....

3. Derzeitige Tätigkeit

Ich bin zur Zeit:

Hausfrau/-mann und verheiratet ledig in eingetragener Lebenspartnerschaft.

Beschäftigte(r) bei einem anderen Arbeitgeber (bitte auch Pkt. 5 ausfüllen).

Bei folgender Agentur für Arbeit (Anschrift) arbeitsuchend gemeldet:
Kundennummer

Bezieher einer Sozialleistung (Der Bescheid über die Sozialleistung ist beigefügt.)

Arbeitslosengeld (ALG)

Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhaltes (Hartz IV)

sonstige Leistungen

Schüler/in

Eine aktuelle Schulbescheinigung ist beigefügt wird unverzüglich nachgereicht.

Abiturient/in

Eine Kopie des Reifezeugnisses ist beigefügt wird unverzüglich nachgereicht.

Ich werde/habe mich um einen Studienplatz im kommenden Semester bewerben/beworben. Eine Kopie der Zentralstelle für die Vergabe der Studienplätze (ZVS) oder der Hoch/Fachschule ist beigefügt wird unverzüglich nachgereicht.

Ich werde/habe mich um ein duales Hochschulstudium oder einen Ausbildungsplatz bewerben/beworben.

Freiwilligendienst

Ich übe/übte eine Tätigkeit bei einem Freiwilligendienst (Bundesfreiwilligendienst -BFD-, Freiwilliges Soziales Jahr -FSJ-, Freiwilliges Ökologisches Jahr -FÖJ- oder freiwilligen Wehrdienst) aus bzw. werde diese Tätigkeit aufnehmen (bitte Zeitraum angeben):

Von (TTMMJJ): bis (TTMMJJ):

Student/in

Eine aktuelle Immatrikulationsbescheinigung, aus der die Studieneinrichtung, die Fachrichtung, die Anzahl der Hochschul- und Fachsemester und der angestrebte Abschluss hervorgehen ist beigefügt.

Die Zusatzerklärung für Studenten ist beigefügt.

In Elternzeit bei einem anderen Arbeitgeber von bis

Selbständige/r

Ich übe eine selbständige Tätigkeit seit/ab dem als aus.

Eine Kopie der Gewerbeanmeldung ist beigefügt.

Ich beschäftige mindestens einen sozialversicherungspflichtigen Arbeitnehmer oder mehrere geringfügige Arbeitnehmer mit insgesamt mehr als 450,00 EUR monatlich.

Meine jährlichen Bruttoeinkünfte betragen EUR.

Eine Bescheinigung des Steuerberaters in Form einer Gewinn- und Verlust-Rechnung oder der letzte Steuerbescheid in Kopie ist beigefügt.

Der wöchentliche Umfang der Tätigkeit beträgt Stunden.

Beamtin/-er

Ich habe zur Zeit Urlaub ohne Bezüge.

Rentner/Bezieher eines Versorgungsbezugs

Ich beziehe eine Rente. Ich erhalte Versorgungsbezüge.

Eine Kopie des Rentenbescheides bzw. eine Kopie des Bescheides über die Gewährung von Versorgungsbezügen ist beigefügt.

Von der gesetzlichen Rentenversicherung befreit

Ich bin Mitglied bei folgendem berufsständischen Versorgungswerk:

..... Mitgliedsnummer:.....

Der Befreiungsbescheid ist beigefügt.

4. Angabe zu Kindern

Sofern kein Kinderfreibetrag auf der Lohnsteuerkarte eingetragen ist, habe/hatte ich mindestens ein

- leibliches Kind (Geburtsurkunde)
- Adoptivkind (Bescheid vom Jugendamt)
- Stiefkind (Heiratsurkunde, Geburtsurkunde)
- Pflegekind (Bescheid des Jugendamts).

Einer der zuvor genannten Nachweise (Geburtsurkunde etc.) ist beigefügt.

Weitere Möglichkeiten eines Nachweises entnehmen Sie bitte dem Merkblatt „Angabe zu Kindern“, welches sie auf Wunsch von PERSONAL DIREKT (Servicetelefonnummer: 0180 22 347 358) erhalten. Der Zugang zu dieser Servicetelefonnummer ist für 6 Cent pro Anruf aus den deutschen Festnetzen bundesweit einheitlich möglich, ggf. gelten abweichende Mobilfunktarife. PERSONAL DIREKT ist von 07.00 bis 18.00 Uhr erreichbar.

5. Vorbeschäftigungen und weitere Beschäftigungen

Bei einer befristeten Einstellung sind Vorbeschäftigungen der letzten 12 Monate und laufende Beschäftigungen bei anderen Arbeitgebern anzugeben. Bei einer unbefristeten Einstellung sind nur laufende Beschäftigungen bei anderen Arbeitgebern anzugeben (Eine DEÜV-Meldebescheinigung zur Sozialversicherung des anderen Arbeitgebers ist immer beizufügen):

Vom (TTMMJJ)	Bis (TTMMJJ bzw. lfd.)	Wochenarbeitszeit	Arbeits-tage pro Woche	Monatl. Entgelt (brutto)	Arbeitgeber (Namen / Anschrift)	450,- €-Job (*)	Kurz-fristig (**)
						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(*) Ihr durchschnittliches Arbeitsentgelt beträgt/betrug nicht mehr als 450,- € monatlich (bis 31.12.2012 = 400,-€ monatlich).

(**) Ihre Beschäftigung ist/war im Kalenderjahr auf nicht mehr als 2 Monate oder 50 Arbeitstage begrenzt.

6. Belehrung und Erklärung

Die Deutsche Post AG ist verpflichtet, für jeden Arbeitnehmer Beiträge zur Sozialversicherung zu entrichten. Sie sind daher verpflichtet, der Deutschen Post AG die zur Durchführung des Meldeverfahrens und der Beitragszahlung erforderlichen Angaben zu machen und die mit diesem Fragebogen von Ihnen abgeforderten Nachweise vorzulegen (§ 28o SGB IV). Erteilen Sie die auf Sie zutreffenden Angaben nicht oder legen Sie die abgeforderten Nachweise hierfür nicht vor, begehen Sie eine Ordnungswidrigkeit, die mit einem Bußgeld belegt werden kann (§ 111 Abs. 1 Nr. 4 SGB IV). Darüber hinaus werden von Ihrem Arbeitsentgelt die Sozialversicherungsbeiträge abgezogen.

Durch meine Unterschrift erkläre ich, dass ich alle Angaben richtig und vollständig gemacht habe. Die vorgelegten Nachweise sind aktuell und vollständig. Sofern ich innerhalb der nächsten 12 Monate seit der Ersteinstellung erneut bei der Deutschen Post AG beschäftigt werde, gelten die gemachten Angaben dieses Fragebogens weiter. Ich verpflichte mich, jede eintretende Änderung/Ergänzung (z.B. Aufnahme weiterer Beschäftigungen) der hier gemachten Angaben während meiner Beschäftigung oder Wiedereinstellung dem zuständigen Personal Service Center unverzüglich mitzuteilen und die entsprechenden Nachweise vorzulegen. Das für Sie zuständige Personal Service Center können Sie Ihrer Bezügemittelung entnehmen.

Ein Doppel dieses Fragebogens und die Hinweise zum Fragebogen habe ich erhalten.

X

Datum, Unterschrift Arbeitnehmer/in

Einverständniserklärung zum Datenschutz

Ich gebe meine widerrufliche Einwilligung dazu, dass fehlende Angaben, die zur sozialversicherungsrechtlichen Beurteilung meiner Beschäftigung bei der Deutschen Post AG erforderlich sind, nämlich der Zeitraum eines Arbeitsverhältnisses, die Wochenarbeitszeit und die Höhe des monatlichen Arbeitsentgelts für Beschäftigungen bei einem anderen Arbeitgeber, der Schul- oder Studienverlauf von der Deutschen Post AG direkt gegenüber dem anderen Arbeitgeber bzw. der Schul- oder Studieneinrichtung abgefragt werden können. Diese Angaben sollen ausschließlich für die sozial-