

**Fragebogen zur versicherungsrechtlichen/lohnsteuerrechtlichen  
Beurteilung von Praktikanten**

Mandant:		
Name, Vorname:	Geburtsdatum:	Rentenversicherungsnummer:
Geburtsort:	Geburtsname (falls keine RV-Nummer angegeben werden kann):	
Straße, Wohnort:	Staatsangehörigkeit:	
Bankverbindung:		
Institut: _____ BLZ: _____ Kto-Nr.: _____		

- Vorpraktikum / Nachpraktikum  
Freiwilliges Praktikum zur Verbesserung meiner Kenntnisse
- Vorpraktikum / Nachpraktikum  
Vorgeschiedenes Praktikum / Vertrag vom \_\_\_\_\_ Kopie der  
Studienordnung (Unterlagen sind beigefügt)

Ich bin Student / Schüler an der \_\_\_\_\_  
(Uni/Fachhochschule/Schule)  
(Studienbescheinigung / Schulbescheinigung ist beigefügt)

- Freiwilliges Zwischenpraktikum \_\_\_\_\_  
(Unterlagen sind beigefügt)
- vorgeschriebenes Zwischenpraktikum / Vertrag vom \_\_\_\_\_  
Kopie der Studienordnung (Unterlagen sind beigefügt)
- freiwilliges Praktikum zur Vertiefung meiner beruflichen Kenntnisse  
als \_\_\_\_\_

Bei SV-Pflicht anmelden bei \_\_\_\_\_ (Krankenkasse)

- Private Krankenversicherung besteht bei \_\_\_\_\_  
(Nachweis ist beigefügt)
- Lohnsteuerkarte \_\_\_\_\_ ist beigefügt
- Pauschale Lohnsteuer durch Arbeitgeber
- Nachweis der Elterneigenschaft, sofern diese nicht aus der Lohnsteuerkarte  
Hervorgeht (ggf. Kopie Geburtsurkunde der/des Kinder/Kindes beifügen)

Es wird folgendes Praktikum vereinbart:

Befristung vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ Entgelt \_\_\_\_\_

Tätigkeit: \_\_\_\_\_ wöchentliche Arbeitszeit Std. \_\_\_\_\_

Im laufenden Kalenderjahr hatte ich keine / folgende Beschäftigungen:

Von	bis	wö. Arb.-Zeit	Entgelt EUR
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Gleichzeitig übe ich folgende Beschäftigungen aus bzw. bin selbst. tätig:

Von	bis	wö. Arb.-Zeit	Entgelt EUR	Arbeitgeber
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

Ich versichere, diese Angaben wahrheitsgemäß gemacht zu haben. Jede Änderung werde ich unverzüglich mitteilen. Bei unwahren Angaben oder Verletzungen meiner Anzeigepflicht erkläre ich mich bereit, die vom Sozialversicherungsträger/Finanzamt nachgeforderten Beträge zu erstatten.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Mitarbeiter

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Arbeitgeber