

**Personalbogen/Bewerbung**
**Persönliche Daten**

Name: \_\_\_\_\_ Geschlecht: männl. weibl.  
 Vorname: \_\_\_\_\_ Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_  
 Straße: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
 PLZ: \_\_\_\_\_ Geburtsort: \_\_\_\_\_  
 Ort: \_\_\_\_\_ Tel.-Nr.: \_\_\_\_\_  
 E-Mail: \_\_\_\_\_

**Studium**

Immatrikuliert im Stud.Gang: \_\_\_\_\_ Fachsemester: \_\_\_\_\_  
 Studienziel: \_\_\_\_\_ Matrikel-Nr.: \_\_\_\_\_  
 Immatrikuliert im: Erststudium Zweitstudium Weiterbildungsstudium Sonstiges

**Bankverbindung**

Bankname: \_\_\_\_\_  
 BIC: \_\_\_\_\_ IBAN: \_\_\_\_\_

**Steuermerkmale**

Steuer-ID: \_\_\_\_\_ Kirchensteuer: römisch-katholisch  
 Steuerklasse: \_\_\_\_\_ evangelisch  
 Familienstand: \_\_\_\_\_ nicht pflichtig  
 Die beantragte Beschäftigung ist ein: Hauptjob Nebenjob

**Weitere Beschäftigungen**

Im beantragten Zeitraum besteht ein weiteres Arbeitsverhältnis:  
 Nein ja, bei: \_\_\_\_\_  
 Wochenarbeitszeit: \_\_\_\_\_ Std. Monatsverdienst: \_\_\_\_\_

**Anlagen: ohne vollständige Anlagen ist weitere Bearbeitung nicht möglich.**

Erklärung zur Feststellung der Versicherungspflicht	anliegend	immer beifügen
Aktuelle <b>Immatrikulationsbescheinigung</b>	anliegend	Kopie ist ausreichend
Kopie <b>Krankenversicherungskarte /-vertrag</b>	anliegend	auch bei privaten KV
<b>Bei nicht-EU-BürgerInnen</b> ist eine Kopie des Passes beizufügen.		
Arbeiterlaubnis vorhanden?	ja	nein

 \_\_\_\_\_  
 Datum, Unterschrift (BewerberIn)

 \_\_\_\_\_  
 Unterschrift (SachbearbeiterIn)

## **Ich wünsche die Einstellung des/der oben Genannten:**

im Projekt:

Für den Zeitraum vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

mit einer Gesamtstundenzahl von \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Stunden

Ansprechpartner im Projekt ist :

Die Finanzierung soll aus der/dem FiStI/Fonds \_\_\_\_\_ erfolgen.

\_\_\_\_\_  
Datum/Unterschrift (verantwortlicher ProfessorIn)

### **Pflichtgemäße Erklärung**

#### **Hiermit erkläre ich, dass**

1. ich inkl. des angestrebten Hilfskraftvertrages nicht mehr als 72 Beschäftigungsmonate als studentische Hilfskraft an der Universität Bremen beschäftigt bin / war.
2. ich mich zur ordnungsgemäßen und sorgfältigen Durchführung der mir im Rahmen des studentischen Hilfskraftvertrages aufgetragenen Tätigkeiten verpflichte und Werkzeuge, Maschinen und sonstige Einrichtungen pfleglich behandle.
3. ich den Weisungen folge, die im Rahmen des studentischen Hilfskraftvertrages von den weisungsberechtigten Personengegeben werden.
4. ich über Dienstgeheimnisse, die mir im Rahmen meines studentischen Hilfskraftvertrages anvertraut werden, Stillschweigen bewahren werde.
5. ich keine geschützten, personenbezogenen Daten zu einem anderen als dem zur rechtmäßigen Aufgabenerfüllung gehörenden Zweck verarbeiten, bekanntgeben, zugänglich machen oder anderweitig nutzen darf.
6. ich diese Verpflichtungen auch nach Beendigung meiner Hilfstätigkeit weiterhin zu befolgen haben.

#### **Ich nehme zur Kenntnis, dass**

1. die Universität Bremen keine Personalhoheit besitzt. Zuständig für alle Einstellungen bei der Universität (auch bei Beschäftigungen, die aus Drittmitteln finanziert werden) ist der Senator für Finanzen. Die Universität Bremen hat nur ein Vorschlagsrecht und kann nur nach Bestätigung durch die Senatorin für Finanzen Einstellungen vornehmen. Der Vertragsabschluss erfolgt zwischen dem (Fach-)Bereich und den Studierenden.
2. ich meine Arbeit als studentische Hilfskraft erst nach Unterzeichnung des Dienstvertrages aufnehmen darf.
3. ich als BAFÖG-Empfänger/in verpflichtet bin, meine Einkünfte aus diesem Hilfskraftvertrag dem Amt für Ausbildungsförderung im Auftrag oder als Änderungsmitteilung anzugeben habe.
4. ich einen Hilfskraftvertrag nur als ordentlicher Studierender im Sinne der Sozialversicherung (SGB) aufnehmen darf, diese gelten z.B. nicht für Studierende während eines Urlaubssemesters.
5. alle vertragsrelevanten Änderungen sofort anzuzeigen sind.
6. bei Vertragsverletzung das Arbeitsverhältnis aufgelöst wird und Verträge welche die Vertragsbestandteile nicht erfüllen nichtig sind (d.h. es besteht kein Anspruch auf jegliche Leistungen).

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift (BewerberIn)

## Erklärung zur Feststellung der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Sozialversicherung und in der Zusatzversorgung

Name, Vorname, ggfs. Geburtsname	Geburtsdatum, -ort
Beschäftigungsdienststelle	Staatsangehörigkeit
Beginn der Beschäftigung	Telefon ( <i>freiwillige Angabe</i> )

Zutreffendes bitte ankreuzen. Um Rückfragen und Verzögerungen zu vermeiden, bitte alle Punkte beantworten.

### 1. Sozialversicherungsnummer / Rentenversicherungsnummer

Die Sozialversicherungsnummer ist von großer Bedeutung. In vielen Fällen kann bereits eine Sozialversicherungsnummer vergeben worden sein, weil Sie z. B. den Grundwehr- oder Zivildienst abgeleistet haben, vor Ihrer jetzt aufgenommenen Tätigkeit oder dem Studium eine Berufsausbildung absolviert haben oder schon einmal berufstätig waren oder eine geringfügige Beschäftigung ausgeübt haben. Die Sozialversicherungsnummer wurde Ihnen von der Deutschen Rentenversicherung durch Übersendung des **Sozialversicherungsausweises** mitgeteilt und ist mit der Rentenversicherungsnummer identisch.

Meine Sozialversicherungsnummer lautet 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Eine Sozialversicherungsnummer ist mir noch nicht zugeteilt worden.

Mir ist in einem anderen Staat eine Sozialversicherungsnummer zugeteilt worden.

Name des Staates \_\_\_\_\_

Meine Sozialversicherungsnummer \_\_\_\_\_

(Ggfs. Bescheinigung A 1 beifügen)

### 2. Krankenversicherung (Einzugsstelle)

Ich bin	Art des Versicherungsschutzes	bitte Namen und Anschrift der Krankenkasse beifügen
<input type="checkbox"/>	bei einer gesetzlichen Krankenversicherung versichert <input type="checkbox"/> als Pflichtmitglied <input type="checkbox"/> als freiwilliges Mitglied <input type="checkbox"/> als Familienmitglied versichert	versichert bei:
<input type="checkbox"/>	von der gesetzlichen Krankenversicherung befreit worden	bitte Kopie des Bescheides über die Befreiung von der Krankenversicherungspflicht einreichen
<input type="checkbox"/>	privat krankenversichert	Krankenkasse, bei der zuletzt eine <b>gesetzliche</b> Krankenversicherung bestand:
<input type="checkbox"/>	Ich bin am 31.12.2002 als Arbeitnehmer/in wegen Überschreitens der Jahresarbeitsentgeltgrenze (JAEG) krankenversicherungsfrei und bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen in einer substitutiven (Private Vollkrankenversicherung) versichert gewesen: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bei (bitte Nachweis beifügen)	
<input type="checkbox"/>	zurzeit nicht pflichtversichert. Zuletzt war ich bei der folgenden Krankenkasse gesetzlich versichert:	

<b>3.</b>	<b>Pflegeversicherung</b>								
	<p>In der sozialen Pflegeversicherung ist von Versicherten ein Beitragszuschlag zu erheben, wenn sie das 23. Lebensjahr vollendet haben und keine Kinder erziehen oder erzo-gen haben.</p> <p><input type="checkbox"/> <b>Ich bin kinderlos.</b></p> <p><input type="checkbox"/> <b>Ich habe ein leibliches Kind/Adoptivkind</b> (Geburtsurkunde, Urkunde über Vaterschaftsanerkennung, Adoptionsurkunde etc. beifügen)</p> <p><input type="checkbox"/> <b>Ich habe (früher) ein Kind in meinen Haushalt aufgenommen, und zwar</b></p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> ein <b>Stiefkind</b>      <input type="checkbox"/> ein <b>Pflegekind</b></p> <p>Bitte immer die Geburtsurkunde des/der Kindes/r und eine Melde- bzw. Haushaltsbescheinigung beifügen, bei Stiefkind(-ern) zusätzliche Ihre Heiratsurkunde, bei Pflegekind(-ern) eine Bescheinigung des Jugendamtes über das Pflegeverhältnis.</p>								
<b>4.</b>	<b>Rentenversicherung/berufsständische Versorgungs- oder Versicherungseinrichtung</b>								
	<p>In der gesetzlichen Rentenversicherung ist die Befreiung von der Versicherungspflicht zugunsten einer berufsständischen Versorgungseinrichtung möglich. Der Antrag auf Befreiung ist für <b>jedes Beschäftigungsverhältnis erneut (auch bei Weiterbeschäftigung)</b> bei der zuständigen Versorgungseinrichtung <b>von der/dem Beschäftigten</b> zu stellen. <b>Bitte beachten Sie die Antragsfristen gem. § 6 Abs. 4 SGB VI.</b></p> <p>Bis zur Vorlage des Befreiungsbescheides werden die Rentenversicherungsbeiträge an die gesetzliche Rentenversicherung abgeführt.</p> <p><b>Ich bin Mitglied einer berufsständischen Versorgungs- oder Versicherungseinrichtung</b></p> <p><input type="checkbox"/> nein      <input type="checkbox"/> ja, bei      (bitte Mitgliedsurkunde beifügen)</p>								
<b>5.</b>	<b>Zusatzversorgung</b>								
5.1	<p><b>Ich bin bereits bei der Versorgungsanstalt des Bundes und der Länder (VBL), bei einer kommunalen kirchlichen oder sonstigen Zusatzversorgungseinrichtung versichert worden oder fiel während einer Beschäftigung unter den Geltungsbereich des Bremischen Ruhelohngesetzes.</b></p> <p><input type="checkbox"/> nein      <input type="checkbox"/> ja</p> <table border="1" data-bbox="295 1395 1520 1525"> <thead> <tr> <th data-bbox="295 1395 601 1451">Bezeichnung der Versorgungseinrichtung</th> <th data-bbox="601 1395 908 1451">Versicherungsnummer</th> <th data-bbox="908 1395 1214 1451">Zeitraum der Versicherung</th> <th data-bbox="1214 1395 1520 1451">Arbeitgeber</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="295 1451 601 1525"></td> <td data-bbox="601 1451 908 1525"></td> <td data-bbox="908 1451 1214 1525"></td> <td data-bbox="1214 1451 1520 1525"></td> </tr> </tbody> </table> <p>Falls Sie bei einer Versorgungseinrichtung versichert waren, von der die Versicherung aufgrund einer Überleitungsvereinbarung zur VBL übergeleitet werden kann, sind Sie nach § 4 Abs. 1 Tarifvertrag Altersversorgung (ATV) verpflichtet, die Überleitung der Versicherung auf die VBL zu beantragen, sobald die Versicherungspflicht zur zusätzlichen Versicherung bei der VBL aufgrund des neuen Arbeitsverhältnisses eintritt.</p>	Bezeichnung der Versorgungseinrichtung	Versicherungsnummer	Zeitraum der Versicherung	Arbeitgeber				
Bezeichnung der Versorgungseinrichtung	Versicherungsnummer	Zeitraum der Versicherung	Arbeitgeber						
5.2	<p><b>Ich habe aus einem Beamtenverhältnis bereits eine Anwartschaft oder einen Anspruch auf lebenslängliche Versorgung mindestens in Höhe der beamtenrechtlichen Mindestversorgungsbezüge erlangt.</b></p> <p><input type="checkbox"/> nein      <input type="checkbox"/> ja (bitte Gewährleistungsbescheid und Nachweis über Beihilfeanspruch beifügen)</p>								



<b>8.</b>	<b>Weitere Einkommen</b>
	<p><b>Ich beziehe eine Rente oder habe eine Rente beantragt.</b></p> <p><input type="checkbox"/> nein                      <input type="checkbox"/> ja, Rentenart: _____ (bitte Kopie der 1. Seite des Rentenbescheides)</p> <p><b>Ich erhalte Versorgungs- oder Hinterbliebenenbezüge nach beamtenrechtlichen Grundsätzen bzw. kirchenrechtlichen Vorschriften oder nach den Regelungen einer berufsständischen Versorgungseinrichtung?</b></p> <p><input type="checkbox"/> nein                      <input type="checkbox"/> ja, seit _____ (Bitte Nachweis beifügen)</p>
<b>9.</b>	<b>Unbezahlter Sonderurlaub/Elternzeit</b>
	<p><b>Ich übe die jetzige Beschäftigung während der Dauer eines unbezahlten Sonderurlaubs oder während der Elternzeit aus.</b></p> <p><input type="checkbox"/> nein                      <input type="checkbox"/> Unbezahlter Sonderurlaub                      <input type="checkbox"/> Elternzeit</p> <p><b>Ich bin nachweislich aus einem bestehenden Beamtenverhältnis beurlaubt:</b></p> <p><input type="checkbox"/> nein                      <input type="checkbox"/> ja, Dienstherr: _____</p>
<b>10.</b>	<b>Anlagen</b>
	<p><b>Folgende Unterlagen füge ich bei:</b></p> <p><input type="checkbox"/> Kopien der Urkunden und Bescheinigungen zur Pflegeversicherung (Anlagen zu Punkt 3)</p> <p><input type="checkbox"/> Immatrikulationsbescheinigung</p> <p><input type="checkbox"/> Mitgliedsbescheinigung der berufsständischen Versorgungseinrichtung</p> <p><input type="checkbox"/> Entgeltmeldungen zur Sozialversicherung, Verdienstbescheinigung etc. (Anlagen zu Punkt 7 und 8.1)</p> <p><input type="checkbox"/> Gewährleistungsbescheid/Nachweis über Zahlung von Beihilfe</p> <p><input type="checkbox"/> Zusätzliche Erklärung</p> <p>_____</p>
<p><b>Ich versichere, dass meine Angaben vollständig und richtig sind.</b></p> <p><b>Mir ist bekannt, dass ich verpflichtet bin, jede Änderung in den vorstehend dargelegten Verhältnissen – insbesondere die Aufnahme weiterer Beschäftigungen - an Performa Nord, A 1 <u>sofort</u> anzuzeigen und dass ich alle Bezüge, die ich infolge unterlassener, verspäteter oder fehlerhafter Meldung zuviel erhalten habe, zurückzahlen muss.</b></p> <p><b>Für den Fall einer Beschäftigung bei mehreren Arbeitgebern erkläre ich mein widerrufliches Einverständnis, dass die zur Feststellung der Sozialversicherungspflicht und Berechnung der Sozialversicherungsbeiträge erforderlichen Daten zwischen den beteiligten Arbeitgebern gegenseitig übermittelt werden.</b></p>	
<p><b>Ort, Datum, Unterschrift</b></p>	
<p><b>Hinweis:</b> Es handelt sich hierbei um die Erhebung personenbezogener Daten. Die Angaben sind erforderlich, um die Versicherungspflicht bzw. Versicherungsfreiheit entsprechend der gesetzlichen Bestimmungen zu beurteilen. Rechtsgrundlagen: § 28o Abs. 1 SGB IV, Art. 6 Abs. 1 S. 1 Buchstaben b) und c) DSGVO, Art. 9 Abs. 2 Buchstabe b) DSGVO, Art. 88 Abs. 1 DSGVO i. V. mit dem Kinder-Berücksichtigungsgesetz, GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WStG). Weitere Informationen über die Verarbeitung im Rahmen der Entgeltabrechnung und Ihre Rechte bei der Verarbeitung Ihrer Daten erhalten Sie im Internet unter <a href="https://www.performanord.org/impressum/datenschutzerklaerung-3531">https://www.performanord.org/impressum/datenschutzerklaerung-3531</a>.</p>	

