



# UKM MHS

Marienhospital Steinfurt GmbH



Lichtbild  
(wenn noch nicht vorhanden)

## Personalbogen

Dieser Personalbogen ist auszufüllen und zusammen mit den Personalpapieren (Bewerbungsschreiben, Lebenslauf, Lichtbild, lückenlose Zeugnisabschriften über Ausbildung und bisherige Tätigkeiten) - soweit nicht bereits eingereicht - vorzulegen.

Bewerbung als:	zum:
<input type="checkbox"/> Vollbeschäftigung	<input type="checkbox"/> Teilzeitbeschäftigung mit Wochenstd.

### 1. Angaben zur Person

Name:	
Vorname:	
Geburtsname:	
geboren am:	
Geburtsort:	
PLZ/Wohnort:	
Straße:	
Telefon:	
E-Mail:	
ausgeübter Beruf:	
akad. Titel:	
Staatsangehörigkeit:	
Religion:	

### Familienstand

<input type="checkbox"/> ledig	<input type="checkbox"/> verheiratet	<input type="checkbox"/> verwitwet	<input type="checkbox"/> geschieden	<input type="checkbox"/> getrennt lebend	<input type="checkbox"/> wieder verheiratet
Kirchliche Trauung:		<input type="checkbox"/> ja am _____		<input type="checkbox"/> nein	
Standesamtliche Trauung:		am _____			

### Kinder

	Vor- und Zuname	Geburtsdatum	Kindergeldempfänger	
			bin ich	ist der Ehegatte
1.				
2.				
3.				
4.				

**Ausländische Bewerber**

Aufenthaltserlaubnis bis:	
Arbeitserlaubnis bis:	

**2. Ausbildung**

**Schulbesuch, Fach-/Hochschulbesuch**

Haupt-/Volksschulabschluss	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Fachabitur	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
mittlere Reife	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Abitur	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
sonstige Schulabschlüsse:					
Hochschulabschluss	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Wenn ja, Fachrichtung: _____		

**Berufsausbildung**

Zeitraum	Arbeitgeber	Ort	Abschluss als

**3. Bisherige Berufliche Tätigkeiten**

(einschl. selbständiger Tätigkeiten, Zeiten der Arbeitslosigkeit, Zeiten erfüllter Dienstpflicht in der Bundeswehr und Zeiten des Zivildienstes)

Zeitraum	Arbeitgeber	Ort	beschäftigt als

(Falls der Raum nicht ausreicht, bitte ein Einlegeblatt benutzen)

**4. Sonstige Angaben für die Einstellung**

Sind Sie schwerbehindert?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, bitte Kopie des Ausweises vorlegen.		
Üben Sie eine Nebenbeschäftigung aus?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Besitzen Sie einen Führerschein	<input type="checkbox"/> ja, Klasse _____	<input type="checkbox"/> nein
Waren Sie schon einmal bei uns tätig?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

### 5. Weitere Angaben für die Gehaltsermittlung und -zahlung

Falls im kirchlichen oder öffentlichen Dienst bereits tätig: Nach welcher Gehaltsgruppe und Altersstufe ist Ihr derzeitiges Gehalt festgelegt? _____		
Der Ehegatte steht in <input type="checkbox"/> keinem <input type="checkbox"/> einem Beschäftigungsverhältnis <input type="checkbox"/> ist selbstständig bei (Dienststelle Arbeitgeber): _____		
als (Berufsbezeichnung): _____ <input type="checkbox"/> Beamter <input type="checkbox"/> Angestellter <input type="checkbox"/> Arbeiter Er ist dort <input type="checkbox"/> vollbeschäftigt <input type="checkbox"/> teilzeitbe. mit wöchentlich _____ Stunden		
Bei welcher Krankenkasse sind Sie versichert? _____ Sind Sie in der KV befreit? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Waren/sind Sie Mitglied einer Zusatzversorgungseinrichtung? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn ja, bei welcher? _____ Versicherungsnummer: _____		
Ihre Sozialversicherungsnummer: _____		
Name des Geldinstituts, bei dem Sie ein Konto haben:	Konto-Nr.:	Bankleitzahl:
_____	IBAN:	BIC:
_____	_____	_____
Name des Geldinstituts / der Bausparkasse / Versicherung, bei der Sie vermögenswirksame Leistungen anlegen (bei der Einstellung ist ein entsprechender Antrag abzugeben):	Konto-Nr. bzw. Vertrags-Nr.:	Bankleitzahl:
_____	_____	_____
Steuer-ID: _____		

### 6. Angaben für Ärzte

Fachkundenachweis Röntgenverordnung § 3 Abs. 3, Nr. 2a:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Fachkundenachweis Rettungsdienst	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Sind Sie Mitglied einer Ärzteversorgung?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, bei welcher? _____ Mitgliedsnummer: _____		

Für den Fall der Einstellung erkläre ich mich damit einverstanden, dass alle für die Gehaltszahlung notwendigen Daten zum Zwecke der automatischen Datenverarbeitung gespeichert und übermittelt werden.

Ich versichere, dass meine Angaben vollständig und richtig sind. Ich verpflichte mich, für den Fall meiner Einstellung **jede Änderung**, die sich gegenüber den vorstehend dargelegten Verhältnissen ergibt, schriftlich anzuzeigen.

Mir ist bekannt, dass ich die Beträge, die durch Nichtabgabe oder nicht rechtzeitige Abgabe dieser Anzeige zu Unrecht gezahlt wurden, zurückerstatten muss.

Weiter ist mir bekannt, dass unwahre Angaben oder das Verschweigen wesentlicher Tatsachen ein Grund zur fristlosen Lösung des Dienstverhältnisses sind.

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_

Ort

Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

**7. Freiwillige Angabe:**

In der UKM Marienhospital Steinfurt GmbH existiert eine Dolmetscherliste, in der diejenigen Mitarbeiter eingetragen sind, die eine Fremdsprache ausreichend beherrschen, um Übersetzerdienste leisten zu können.

**Name:** \_\_\_\_\_

Sprechen Sie eine oder mehrere Fremdsprachen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Falls ja, welche (bitte auflisten): _____ _____ _____
Sind Sie bereit, in einer dieser Fremdsprachen als Übersetzer tätig zu sein? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Falls ja, in welcher (bitte auflisten): _____ _____ _____

**Vielen Dank!**