

D. Bitte nur ausfüllen, wenn die Beschäftigung auf maximal 2 Monate befristet ist.

Ich war in den letzten 12 Monaten vor dieser Beschäftigung gegen Arbeitsentgelt beschäftigt ?

Ja Nein

Wenn ja,

von	bis	Arbeitgeber	beschäftigt als
1.			
2.			
3.			

Wöchentliche Arbeitszeit		Arbeitsentgelt (brutto)				Krankenkasse
Tage	Stunden	in Höhe von	wöchentlich	monatlich		
zu 1.		EUR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
zu 2.		EUR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
zu 3.		EUR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Ich bin/war zuletzt Rentenbezieher(in)/Rentenantragsteller(in)? Ja Nein

Wenn ja, bitte zutreffende Rentenart ankreuzen:

<input type="checkbox"/> Vollrente wegen Alters	<input type="checkbox"/> Rente wegen teilweiser/voller Erwerbsminderung	
<input type="checkbox"/> Teilrente wegen Alters	<input type="checkbox"/> Vollrente/Teilrente wegen Berufsunfähigkeit	
<input type="checkbox"/> Witwen-/Witwer-/Waisenrente	<input type="checkbox"/> Rente wegen Erwerbsunfähigkeit	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Ich bin/war zuletzt

Hausfrau/Hausmann?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Pensionär(in)?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
selbstständig tätig?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Arbeitsuchende(r) b. Arbeitsamt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Ich bin/war zuletzt Leistungsbezieher durch das Arbeitsamt. Ja Nein

Ich nehme zur Zeit Elternzeit in Anspruch. Ja Nein bis _____

Ich habe zur Zeit unbezahlten Urlaub. Ja Nein bis _____

Ich leiste zur Zeit Wehr- bzw. Zivildienst. Ja Nein bis _____

Ich war zuletzt / bin / werde – voraussichtlich – künftig sein

Student(in)?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Name der Universität/Fachhochschule	seit / bis / – voraussichtl. – ab
		_____	_____
Schüler(in)?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Name der Schule	seit / bis / – voraussichtl. – ab
		_____	_____

Ich möchte künftig regelmäßig als Arbeitnehmer(in) tätig sein? Ja Nein

Es wird versichert, dass die Angaben vollständig und wahrheitsgemäß gemacht wurden. Veränderungen, die während des Beschäftigungsverhältnisses eintreten – z.B. die Aufnahme eines weiteren Arbeitsverhältnisses –, werde ich unverzüglich und unaufgefordert mitteilen. Mit ist bekannt, dass der Arbeitgeber die von mir zu tragenden Arbeitnehmeranteile am Gesamtsozialversicherungsbeitrag rückwirkend geltend machen kann, wenn ich meinen Auskunfts- und Vorlagepflichten vorsätzlich oder grob fahrlässig nicht nachgekommen bin.

Datum	Unterschrift
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Bearbeitungsvermerke der Krankenkasse am/durch _____

Versicherungs-/Beitragspflicht besteht zur	<input type="checkbox"/> SV-Meldung
<input type="checkbox"/> KV <input type="checkbox"/> ALV	<input type="checkbox"/> Sofortmeldung
<input type="checkbox"/> PV <input type="checkbox"/> KV (pauschal 10%)	
<input type="checkbox"/> RV <input type="checkbox"/> RV (pauschal 12%)	
ab/vom-bis _____	Umlagepflicht nach dem LFZG besteht? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
	Wenn ja, ab/vom-bis _____