

## Erklärung zur versicherungsrechtlichen Beurteilung einer geringfügigen Beschäftigung

**Datenschutzhinweis:** Die Erhebung der Daten beruht auf §§ 8, 28i SGB IV, §§ 5 ff SGB V, §§ 1 ff. SGB VI, §§ 20 ff. SGB XI, §§ 24 ff. SGB III, § 14 LFZG sowie § 5 DEÜV und ist zur rechtmäßigen Erfüllung unserer Aufgaben erforderlich. Zur Mitteilung der erfragten Angaben sind Sie nach § 28 o SGB IV verpflichtet.

Zeilenmaß für Schreibmaschinen 1-fach

### A. Angaben zur Person

Name	Vorname	Rentenversicherungsnummer			
<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>			
Anschrift					
<input style="width: 95%; height: 30px;" type="text"/>					
<b>Falls die Rentenversicherungsnummer nicht angegeben werden kann:</b>					
Geburtsdatum	Staatsangehörigkeit	Geburtsort	Geburtsname	männlich	weiblich
<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin zur Zeit / war zuletzt krankenversichert:					
<input type="checkbox"/>	eigene Mitgliedschaft als	<input type="checkbox"/>	Arbeitnehmer(in)	<input type="checkbox"/>	Bezieher(in) einer Leistung des Arbeitsamtes
<input type="checkbox"/>	familierversichert	<input type="checkbox"/>	Rentner(in) / Rentenantragsteller(in)	<input type="checkbox"/>	Student(in)/Praktikant(in)
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	freiwillig Versicherte(r)	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>
Name, Vorname der/des Stammversicherten		versichert bei (Name und Anschrift der Krankenkasse)			
<input style="width: 95%;" type="text"/>		<input style="width: 95%;" type="text"/>			

### B. Angaben zum Beschäftigungsverhältnis

Beginn der Beschäftigung	Ausgeübte Beschäftigung/Tätigkeit	Regelmäßige Beschäftigungsdauer
<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input type="checkbox"/> wöchentlich    Tage    Stunden
		<input type="checkbox"/> monatlich <input style="width: 40%;" type="text"/> <input style="width: 40%;" type="text"/>
Zweck der Einstellung	<input type="checkbox"/> Urlaubsvertretung	Die Beschäftigung ist zeitlich befristet
<input type="checkbox"/> Dauerbeschäftigung	<input type="checkbox"/> Krankheitsvertretung	<input type="checkbox"/> Nein    bis
<input type="checkbox"/> Saisonaushilfe	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input style="width: 95%;" type="text"/>
<b>Vereinbartes Arbeitsentgelt</b>	<b>Sonstige Bezüge</b>	
in Höhe von	<input type="checkbox"/> stündlich <input type="checkbox"/> brutto    Art	<input type="checkbox"/> Sachbezüge <input type="checkbox"/> Einmalige Zuwendungen
<input style="width: 95%;" type="text"/> EUR	<input type="checkbox"/> täglich <input type="checkbox"/> netto	– voraussichtlich – am    in Höhe von
	<input type="checkbox"/> wöchentlich <input type="checkbox"/> pauschal-	<input style="width: 95%;" type="text"/> <input style="width: 95%;" type="text"/> EUR
	<input type="checkbox"/> monatlich    besteuert	

### C. Ich übe gegenwärtig ein weiteres Arbeitsverhältnis/weitere Arbeitsverhältnisse aus?

Ja     Nein

**Wenn ja** (ggf. weiteres Blatt verwenden),

seit	befristet bis	Arbeitgeber/Dienstherr	beschäftigt als
1. <input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>
2. <input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>
3. <input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>

Wöchentliche Arbeitszeit	Arbeitsentgelte/Dienstbezüge (brutto)	wöchentlich	monatlich
Tage	in Höhe von	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
zu 1. <input style="width: 40%;" type="text"/>	<input style="width: 40%;" type="text"/> EUR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
zu 2. <input style="width: 40%;" type="text"/>	<input style="width: 40%;" type="text"/> EUR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
zu 3. <input style="width: 40%;" type="text"/>	<input style="width: 40%;" type="text"/> EUR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**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
		Wenn ja, _____	_____
Schüler(in)?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Name der Schule	seit / bis / – voraussichtl. – ab
		Wenn ja, _____	_____

**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 _____	Wenn ja, ab/vom-bis _____

Umlagepflicht nach dem LFZG besteht?  Ja  Nein