

Versicherungsnummer

Kennzeichen

4 8 7 9

1.5 Beschäftigen Sie im Zusammenhang mit der zu beurteilenden Tätigkeit eigene Arbeitnehmer / Auszubildende?

bitte Betriebsnummer angeben und Arbeitsverträge in Kopie beifügen

nein ja

1.6 Beziehen oder bezogen Sie für die zu beurteilende Tätigkeit einen Existenzgründungszuschuss oder einen Gründungszuschuss von der Agentur für Arbeit?

bitte Zeitraum angeben und sämtliche Bescheide der Agentur für Arbeit in Kopie beifügen

nein ja

1.7 Sind Sie mit Ihrem Auftraggeber verheiratet, verwandt oder verschwägert oder besteht eine Eingetragene Lebenspartnerschaft oder eine sonstige Familienzugehörigkeit (siehe Erläuterungen)?

nein ja, bitte die "Anlage zum Statusfeststellungsantrag für mitarbeitende Angehörige" (Vordruck C0033) beifügen

1.8 Sind Sie für mehrere Auftraggeber tätig?

bitte Namen und Adressen der Auftraggeber angeben

nein ja

1.9 Sind Sie neben dem zu beurteilenden Vertragsverhältnis selbständig tätig und stellt das Arbeitseinkommen aus dieser Tätigkeit den überwiegenden Teil Ihres Gesamteinkommens dar?

nein ja

1.10 Waren Sie am 31.12.1991 im Beitrittsgebiet versicherungspflichtig selbständig tätig und sind Sie nach § 20 des Gesetzes über die Sozialversicherung von der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung befreit worden?

nein ja

1.11 Sind Sie einschließlich der zu beurteilenden Tätigkeit im Kalenderjahr mehr als 50 Arbeitstage bzw. mehr als 2 Monate abhängig beschäftigt oder ist bereits heute abzusehen, dass Sie dies in diesem Umfang sein werden?

nein ja, bitte weiter bei Ziffer 1.13

1.12 Sind Sie als Arbeitsuchender bei der Bundesagentur für Arbeit gemeldet?

nein ja

1.13 Übersteigt das monatliche Arbeitsentgelt / Arbeitseinkommen aus der zu beurteilenden Tätigkeit regelmäßig 400 EUR?

nein ja, bitte weiter bei Ziffer 1.17

1.14 Üben Sie neben der zu beurteilenden Tätigkeit weitere abhängige Beschäftigungen aus?

nein, bitte weiter bei Ziffer 1.21

ja, bitte für jede Beschäftigung die Höhe des monatlichen Arbeitsentgelts angeben

Arbeitsentgelt aus 1. weiterer Beschäftigung bis 400 EUR mehr als 400 EUR

Arbeitsentgelt aus 2. weiterer Beschäftigung bis 400 EUR mehr als 400 EUR

Arbeitsentgelt aus 3. weiterer Beschäftigung bis 400 EUR mehr als 400 EUR

1.15 Haben Sie in der / den unter Ziffer 1.14 angegebenen Beschäftigung / Beschäftigungen auf die Rentenversicherungsfreiheit wegen Geringfügigkeit verzichtet?

nein ja

1.16 Erzielen Sie aus der / den unter Ziffer 1.14 angegebenen Beschäftigung / Beschäftigungen und der zu beurteilenden Tätigkeit zusammen mehr als 400 EUR im Monat?

nein, bitte weiter bei Ziffer 1.21

ja

1.17 Wird Ihr regelmäßiges Jahresarbeitsentgelt aus der zu beurteilenden Tätigkeit und / oder weiteren abhängigen Beschäftigungen die allgemeine Jahresarbeitsentgeltgrenze - JAEG - (2011: 49.500 EUR) übersteigen?

nein ja, bei Aufnahme der zu beurteilenden Tätigkeit vor dem 1.1.2011 machen Sie bitte zusätzlich Angaben zu den letzten 3 Kalenderjahren vor Aufnahme der zu beurteilenden Tätigkeit.

2011 wird JAEG (49.500 EUR) voraussichtlich überschritten nein ja

2010 JAEG (49.950 EUR) überschritten nein ja

2009 JAEG (48.600 EUR) überschritten nein ja

2008 JAEG (48.150 EUR) überschritten nein ja

2007 JAEG (47.700 EUR) überschritten nein ja

2006 JAEG (47.250 EUR) überschritten nein ja

2005 JAEG (46.800 EUR) überschritten nein ja

2004 JAEG (46.350 EUR) überschritten nein ja

1.18 Waren Sie am 31.12.2002 wegen Überschreitens der JAEG privat krankenversichert?

nein, bitte weiter bei Ziffer 1.20

ja

1.19 Wird Ihr regelmäßiges Jahresarbeitsentgelt aus der zu beurteilenden Tätigkeit und / oder weiteren abhängigen Beschäftigungen die besondere JAEG (2011: 44.550 EUR) übersteigen?

nein ja, bei Aufnahme der zu beurteilenden Tätigkeit vor dem 1.1.2011 machen Sie bitte zusätzlich Angaben zu den letzten 3 Kalenderjahren vor Aufnahme der zu beurteilenden Tätigkeit.

2011 wird JAEG (44.550 EUR) voraussichtlich überschritten nein ja

2010 JAEG (45.000 EUR) überschritten nein ja

2009 JAEG (44.100 EUR) überschritten nein ja

2008 JAEG (43.200 EUR) überschritten nein ja

2007 JAEG (42.750 EUR) überschritten nein ja

2006 JAEG (42.750 EUR) überschritten nein ja

2005 JAEG (42.300 EUR) überschritten nein ja

2004 JAEG (41.850 EUR) überschritten nein ja

1.20 Sind Sie im Zusammenhang mit der Änderung der JAEG oder aus sonstigen Gründen von der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung befreit worden?

nein ja, bitte Befreiungsbescheid in Kopie beifügen

Versicherungsnummer	Kennzeichen
	4 8 7 9

1.21 Sind Sie Schüler an einer allgemeinbildenden Schule? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bitte weiter bei Ziffer 2		
1.22 Sind Sie als ordentlich Studierender an einer Hochschule oder einer Fachschule immatrikuliert? bitte derzeitiges Fachsemester angeben <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____ bitte weiter bei Ziffer 1.27		
Bitte nur ausfüllen, wenn Sie das 55. Lebensjahr vollendet haben, sonst weiter bei Ziffer 1.27: 1.23 Waren Sie in den letzten 5 Jahren vor Aufnahme der zu beurteilenden Tätigkeit in der gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversichert, freiwillig versichert oder familienversichert? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bitte weiter bei Ziffer 1.26		
1.24 Waren Sie innerhalb dieser 5 Jahre mindestens die Hälfte der Zeit (2 Jahre und 6 Monate) krankenversicherungsfrei, von der Krankenversicherung befreit oder hauptberuflich selbständig tätig? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bitte weiter bei Ziffer 1.26		
1.25 Erfüllt Ihr Ehegatte / Lebenspartner die in Ziffer 1.24 genannten Voraussetzungen? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		
Bitte nur ausfüllen, wenn Sie das 65. Lebensjahr vollendet haben: 1.26 Waren Sie bis zum Erreichen des 65. Lebensjahres in der gesetzlichen Rentenversicherung nicht versichert oder - wenn Sie versichert waren - haben Sie nach Erreichen des 65. Lebensjahres eine Beitragserstattung aus Ihrer Versicherung erhalten? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		
1.27 Üben Sie neben der zu beurteilenden Tätigkeit eine Beschäftigung aus, in der nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Krankheit Anspruch auf Fortzahlung der Bezüge und auf Beihilfe oder Heilfürsorge besteht? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		
1.28 Beziehen Sie eine der nachfolgenden Leistungen?	nein	ja
Rente wegen voller Erwerbsminderung aus der gesetzlichen Rentenversicherung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Versorgung nach beamtenrechtlichen Grundsätzen mit beamtenrechtlichem Beihilfeanspruch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Altersvollrente aus der gesetzlichen Rentenversicherung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Versorgung nach Erreichen einer Altersgrenze nach beamtenrechtlichen Vorschriften bzw. kirchenrechtlichen Regelungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Versorgung nach Erreichen einer Altersgrenze aus einer berufsständischen Versorgungseinrichtung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
gemeinschaftsübliche Altersversorgung als satzungsmäßiges Mitglied einer geistlichen Genossenschaft, als Diakonisse oder als Angehöriger einer ähnlichen Gemeinschaft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arbeitslosengeld I	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Versicherungsnummer	Kennzeichen
	4 8 7 9

4 Anlagen zum Statusfeststellungsantrag

Bitte beschreiben Sie das zu beurteilende Auftragsverhältnis auf der "Anlage zum Statusfeststellungsantrag zur Beschreibung des Auftragsverhältnisses" (Vordruck C0031).

Sind Sie Gesellschafter-Geschäftsführer, Fremdgeschäftsführer oder mitarbeitender Gesellschafter einer GmbH oder Geschäftsführer einer Familien-GmbH (siehe Ziffer 1.3), beschreiben Sie das Auftragsverhältnis bitte auf der "Anlage zum Statusfeststellungsantrag für Gesellschafter / Geschäftsführer einer GmbH" (Vordruck C0032).

Sind Sie Angehöriger des Auftraggebers (siehe Ziffer 1.7), beschreiben Sie das Auftragverhältnis bitte auf der "Anlage zum Statusfeststellungsantrag für mitarbeitende Angehörige" (Vordruck C0033).

Ohne Beschreibung des zu beurteilenden Auftragsverhältnisses kann eine Statusfeststellung **nicht** erfolgen.

5 Dokumentenzugang für sehbehinderte Menschen

Menschen mit einer Behinderung (z. B. blinde oder sehbehinderte Menschen) haben Anspruch darauf, Dokumente in einer für sie wahrnehmbaren Form zu erhalten.

Aufgrund meiner Behinderung bitte ich darum, mir Dokumente zusätzlich in **einer** für mich wahrnehmbaren Form zuzusenden, und zwar

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> als Großdruck | <input type="checkbox"/> als CD (Schriftdatei / Textdatei im ".doc"-Format) |
| <input type="checkbox"/> in Braille (Kurzschrift) | <input type="checkbox"/> als Hörmedium (Kassette) |
| <input type="checkbox"/> in Braille (Vollschrift) | <input type="checkbox"/> als Hörmedium (CD-DAISY Format) |

6 Antrag / Erklärung des Auftragnehmers

Hiermit beantrage ich nach § 7a Absatz 1 SGB IV festzustellen, dass eine Beschäftigung

nicht vorliegt.

vorliegt.

Ich versichere, dass meine Angaben der Wahrheit und die Vereinbarungen in den übersandten Verträgen den tatsächlichen Verhältnissen entsprechen.

Für den Fall, dass Krankenversicherungspflicht als Arbeitnehmer festgestellt wird, werde ich mich bei folgender gesetzlichen Krankenkasse versichern (Eine Krankenkassenwahl ist nur möglich, wenn in den letzten 18 Monaten keine Mitgliedschaft bei einer gesetzlichen Krankenkasse bestanden hat.):

bitte Namen und Anschrift der Krankenkasse angeben
--

Ort, Datum

Unterschrift der Auftragnehmerin / des Auftragnehmers

Versicherungsnummer	Kennzeichen
	4 8 7 9

7 Antrag / Erklärung des Auftraggebers

Hiermit beantrage ich nach § 7a Absatz 1 SGB IV festzustellen, dass eine Beschäftigung

nicht vorliegt.

vorliegt.

Ich versichere, dass die Angaben der Wahrheit und die Vereinbarungen in den übersandten Verträgen den tatsächlichen Verhältnissen entsprechen.

Wenn der Auftragnehmer nicht in der **gesetzlichen** Krankenversicherung versichert ist bzw. war (siehe Ziffer 1.2) und von seinem Wahlrecht nach Ziffer 6 keinen Gebrauch gemacht hat, welche **gesetzliche** Krankenkasse wählen Sie als Einzugsstelle?

bitte Namen und Anschrift der Krankenkasse angeben

Ort, Datum

Unterschrift, Firmenstempel der Auftraggeberin / des Auftraggebers

8 Anlagen

Anlage zum Statusfeststellungsantrag zur Beschreibung des Auftragsverhältnisses (Vordruck C0031)

Anlage zum Statusfeststellungsantrag für Gesellschafter / Geschäftsführer einer GmbH (Vordruck C0032)

Anlage zum Statusfeststellungsantrag für mitarbeitende Angehörige (Vordruck C0033)

Anlagen bitte in Kopie beifügen

Arbeitsvertrag

Unterlagen über die Tätigkeit (z. B. Dienstvereinbarungen, Niederschrift mündlicher Absprachen)

Gesellschaftsvertrag

Urschriftlich

Deutsche Rentenversicherung Bund
Clearingstelle für sozialversicherungsrechtliche
Statusfragen
10704 Berlin