

Anfrage zur Beurteilung der Sozialversicherungspflicht

Arbeitnehmer(in):

Vorname und Name _____ Geburtsdatum _____
 Straße und Hausnummer _____
 Postleitzahl und Ort _____

Arbeitgeber (-Stempel)

(bitte nicht vergessen)

Angaben zum Beschäftigungsverhältnis

Beginn der Beschäftigung am Zweck der Einstellung

Ausgeübte Tätigkeit

Handelt es sich um eine in Studien- oder Prüfungs-
 ordnung vorgeschriebenes Praktikum? nein ja wenn ja, bis

Ist die Beschäftigung von vornherein befristet? nein ja bis

Regelmäßige wöchentliche Beschäftigungsdauer Tage: Stunden:

Höhe des regelmäßigen monatlichen Bruttoarbeitsentgeltes in €

Sonstige Bezüge (z. B. Sachbezüge, einmalige Zuwendungen) Art und Höhe:

Angaben zur Person des Arbeitnehmers

Wurden in den letzten 12 Monaten vor dem voraussichtlichen Ende des Beschäftigungsverhältnisses bereits Beschäftigungen oder Tätigkeiten ausgeübt?

Nein Ja, wie folgt:

| Vom | Bis | Arbeitgeber | Beschäftigt als | Wöchentliche Arbeitszeit | | Bruttoarbeits- entgelt mtl. in € | Krankenkasse |
|-----|-----|-------------|-----------------|--------------------------|---------|-------------------------------------|--------------|
| | | | | Tage | Stunden | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

Beabsichtigt der (die) Beschäftigte künftig regelmäßig als Arbeitnehmer tätig zu sein? nein ja

War der (die) Beschäftigte vor der zu beurteilenden Beschäftigung bzw. ist er (sie) noch
 beim Arbeitsamt als Arbeitssuchende(r) gemeldet? nein ja

Werden laufenden Geldleistungen aus der Arbeitslosenversicherung bezogen? nein ja

War / ist der (die) Beschäftigte bei Beginn der zu beurteilenden Beschäftigung
 gesetzlich krankenversichert? nein ja

Wenn ja, als was (z. B. Student, Rentner)?

Bei welcher Krankenkasse?

Ist der Beschäftigte von der Krankenversicherung befreit worden? nein ja

Grund der Befreiung

Bestehen neben der zu beurteilenden Beschäftigung weitere Arbeitsverhältnisse (hierzu gehören auch Dienstverhältnisse der Beamten)?

nein ja, folgende:

| Seit | Befristet bis | Arbeitgeber / Dienstherr | Beschäftigt als | Wöchentliche Tage | Arbeitszeit Stunden | Bruttoarbeits- entgelt mtl. in € | Krankenkasse |
|------|---------------|--------------------------|-----------------|----------------------|------------------------|-------------------------------------|--------------|
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

Werden noch weitere Einkünfte erzielt? nein ja, folgende:

| Aus selbständiger / freiberuflicher Tätigkeit | | Rente | Versorgungsbezüge (z. B. Ruhegehalt, Betriebsrente, Zusatzrente) | Sonstige Einkünfte (z. B. Miete, Pacht, Kapitaleinkünfte) | |
|---|------------------------------|-----------|--|---|-------------------|
| Art | Jährliches Einkommen in € | mtl. in € | mtl. in € | Art | Monatlich in € |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

Bei gesetzlichen Renten und Versorgungsbezügen bitte zusätzlich angeben:

| Art der Rente (z. B. Altersrente, Waisenrente) | Rentenversicherungsanstalt / Zahlstelle | Rentenbeginn |
|--|---|--------------|
| | | |
| | | |
| | | |

Wenn der / die Beschäftigte Schüler(in) / Student(in) ist, oder unmittelbar vorher war, bitte auch die nachfolgenden Frage beantworten!

Für Studenten: Die Immatrikulation besteht seit: bestand bis:

Ist das Studium / die Schulausbildung abgeschlossen? nein ja wenn ja, am

Wird die Beschäftigung ausschließlich während der Schul- / Semesterferien ausgeübt? nein ja

Wird nach der Beendigung der derzeitigen Beschäftigung Schulausbildung / das Studium fortgesetzt? nein ja

ein Studium aufgenommen? nein ja, ab:

ein Ausbildungs- oder Arbeitsverhältnis eingegangen? nein ja, ab:

Grundwehr- oder Zivildienst geleistet oder ein Dienstverhältnis (z. B. Zeitsoldat) eingegangen? nein ja, ab:

| | | | |
|--|--------------------------------|-------|---|
| Ich bestätige die Richtigkeit der Angaben und bin mit der Weiterleitung dieses Formulars an den Arbeitgeber einverstanden. | | | |
| Datum | Unterschrift des Arbeitnehmers | Datum | Stempel und Unterschrift des Arbeitgebers |

Beurteilung der Versicherungspflicht (wird von der Akronym ausgefüllt)

Versicherungspflicht besteht zur:

Krankenversicherung nein ja

Pflegeversicherung nein ja

Rentenversicherung nein ja

Arbeitsförderung nein ja

Datum Stempel / Unterschrift