|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Falls bekannt, bitte angeben** | | | | | | | **\*)** ***Zutreffendes bitte ankreuzen, ausfüllen oder beilegen***  ***Bitte die 3-seitige Erklärung vollständig abgeben!*** | | | | |
| Bearb.-Nr.: | |  | | |  | |
| Pers.-Nr.: | |  | | |
| E r k l ä r u n g | | | | | | | | | | | |
| **zur Prüfung der Versicherungsfreiheit bzw. Versicherungspflicht in der Kranken-, Pflege-, Renten- und Arbeitslosenversicherung** | | | | | | | | | | | |
| **Familienname, Vorname** | | | | | | **Versicherungsnummer des Rentenversicherungsträgers** | | | | | |
| **Geburtsname** | | | | **Geburtsdatum** | | | | **Geburtsort** | | | |
| **Anschrift** | | | | | | | | **E-Mail** | | | |
| Zu meiner Beschäftigung als | | |  | | | | | | ab |  | |
| bei |  | | | | | | | | | | erkläre ich Folgendes: |
| **( D i e n s t s t e l l e )** | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. | | Ich übe o. a. Tätigkeit an | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | **Tag(en) (Pflichtangabe)** in der Woche aus. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2. | | Neben der oben angegebenen Beschäftigung übe ich weitere Beschäftigungen oder Tätigkeiten aus: \*) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | nein | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | ja (weitere Angaben sind erforderlich) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| a) | | | bei | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | vom | |  | | | | | | | | bis | | | | | |  | | | | | | |
|  | | |  | | | Bruttoentgelt | | | | | | | | |  | | | | | | | | EURO mtl., wöchentl. Arbeitszeit (gilt nur für Studierende) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | Std. | | | |
|  | | | an | | |  | | | | Tag(en) in der Woche, Personal- bzw. Gehalts- und Bearbeiternummer: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | als Beamtin/Beamter  ja  nein \*) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | **Nur ausfüllen bei einem monatlichen Bruttoentgelt bis 520,00 EURO:**  Mein Arbeitgeber hat:  Pauschalbeiträge zur Kranken- und / oder Rentenversicherung entrichtet  ja  nein  Pauschalsteuern entrichtet (Arbeitgeber)  ja  nein  Pauschalsteuern erhoben (vom Arbeitnehmer)  ja  nein  Steuern nach individuellen Lohnsteuermerkmalen erhoben  ja  nein  der Freibetrag nach § 3 Nr. 26 EStG berücksichtigt  ja  nein | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| b) | | | bei | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | vom | |  | | | | | | | | bis | | |  | | | | | | | | | |
|  | | |  | | | Bruttoentgelt | | | | | | | | |  | | | | | | EURO mtl., wöchentl. Arbeitszeit (gilt nur für Studierende) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | Std. | |
|  | | | an | | |  | | | | Tag(en) in der Woche, Personal- bzw. Gehalts- und Bearbeiternummer: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | als Beamtin/Beamter  ja  nein \*) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | **Nur ausfüllen bei einem monatlichen Bruttoentgelt bis 520,00 EURO:**  Mein Arbeitgeber hat:  Pauschalbeiträge zur Kranken- und Rentenversicherung entrichtet  ja  nein  Pauschalsteuern entrichtet. (Arbeitgeber)  ja  nein  Pauschalsteuern erhoben (vom Arbeitnehmer)  ja  nein  Steuern nach individuellen Lohnsteuermerkmalen erhoben  ja  nein  der Freibetrag nach § 3 Nr. 26 EStG berücksichtigt  ja  nein | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3. | | | Ich bin Beamtin / Beamter  im aktiven Dienst  in Beurlaubung ohne Dienstbezüge  in Elternzeit | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | Ich habe einen Anspruch auf Beihilfe für die Zeit im Beschäftigungsverhältnis:  ja  nein | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4. | | | Bei der Agentur für Arbeit bin ich als Arbeitsuchender gemeldet:  ja  nein \*) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5. | | | Ich beziehe Arbeitslosengeld, Arbeitslosenhilfe oder Unterhaltsgeld:  ja  nein \*) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6. | | | Ich bin sonst nicht berufsmäßig als Arbeitnehmer tätig, sondern  Selbstständige/r  Hausfrau/-mann  Rentner/in  Schüler/in  Student/in | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | Versorgungsempfänger/in mit Versorgungsanspruch von  % seit dem | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | Die Versorgung wird gezahlt wegen  Erreichens der Altersgrenze  Dienstunfähigkeit. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | **Zusatz für Versorgungsempfänger/innen/Pensionäre:**  Ich erhalte Versorgungsbezüge nach beamten- bzw. soldatenrechtlichen | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | Grundsätzen von/vom | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | in Höhe von | | | | | | |  | | | | | EURO | | |
|  | | | Bearb.-Nr.: | | | | | | | | |  | | | | | | | | | Pers.-Nr.: | | | | |  | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | **Mir ist bekannt, dass ich verpflichtet bin, dieser Stelle Einkünfte aus einer Verwendung im öffentlichen Dienst anzuzeigen.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | - 2 – | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **DLZP SH – 3008 – 09/2022-** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | - 2 – | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | **\*)** ***Zutreffendes bitte ankreuzen, ausfüllen oder beilegen*** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6. | | | **Zusatz für Selbstständige:** Meine mtl. Einkünfte betragen:  EURO brutto. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | Ich beschäftige       Personen. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | **Zusatz für Rentner/innen:** Seit dem  erhalte ich Altersrente; | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | als Vollrente;  als Teilrente: sie beträgt z. Z.  EURO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | **Ich möchte auf Rentenversicherungsfreiheit verzichten:**  ja (Antrag zum Verzicht ist beigefügt)  nein  Mir ist bewusst, dass die Beiträge von meinem Entgelt einbehalten werden. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | **Zusatz für Studierende:** Ich habe eine Hochschulprüfung abgelegt: ja, am   nein \*)  Bachelor  Master | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | Ich betreibe nunmehr ein Zweit- oder Aufbaustudium:  ja  nein \*) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | (Wenn ja, bitte die Fachrichtungen des Erst- und  Zweitstudiums angeben)  Bachelor  Master | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | Ich habe die Absicht, das Zweit- oder Aufbaustudium mit   einer Hochschulprüfung abzuschließen:  ja  nein \*) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | Ich strebe eine Promotion ab       an.  Ich bin ein/e Promotionsstudent/in  ja  nein \*) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | ***Fügen Sie bitte eine Immatrikulationsbescheinigung bei!*** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7. | | | Ich will künftig berufsmäßig als Arbeitnehmer/in oder Beamtin/Beamter tätig sein: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | nein  ja, weil | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | Grund für die künftige Tätigkeit | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8. | | Im laufenden Kalenderjahr war ich wie folgt gegen Entgelt beschäftigt: \*) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| a) | | | bei | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | vom | |  | | | | | | | | bis | | |  | | | | | | | | | |
|  | | |  | | | Bruttoentgelt | | | | | | | | |  | | | | | | | | EURO mtl. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | an | | |  | | | | | | Tag(en) in der Woche. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | **Nur auszufüllen bei einem monatlichen Bruttoentgelt bis 520,00 EURO: Mein damaliger Arbeitgeber hat:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | Pauschalbeiträge zur Kranken- und Rentenversicherung entrichtet  ja  nein  Pauschalsteuern entrichtet (Arbeitgeber)  ja  nein  Pauschalsteuern erhoben (vom Arbeitnehmer)  ja  nein  Steuern nach individuellen Lohnsteuermerkmalen erhoben  ja  nein  der Freibetrag nach § 3 Nr. 26 EStG berücksichtigt  ja  nein | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| b) | | | bei | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | vom | |  | | | | | | | | bis | | |  | | | | | | | | | |
|  | | |  | | | Bruttoentgelt | | | | | | | | |  | | | | | | | | EURO mtl. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | an | | |  | | | | | | Tag(en) in der Woche. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | **Nur auszufüllen bei einem monatlichen Bruttoentgelt bis 520,00 EURO: Mein damaliger Arbeitgeber hat:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | Pauschalbeiträge zur Kranken- und Rentenversicherung entrichtet  ja  nein  Pauschalsteuern entrichtet (Arbeitgeber)  ja  nein  Pauschalsteuern erhoben (vom Arbeitnehmer)  ja  nein  Steuern nach individuellen Lohnsteuermerkmalen erhoben  ja  nein  der Freibetrag nach § 3 Nr. 26 EStG berücksichtigt  ja  nein | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Sollten Sie unsicher bei der Beantwortung der Fragen sein, können Sie auch gerne eine Kopie der Abmeldung / Jahresmeldung zur Sozialversicherung beilegen.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | - 3 – | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **DLZP SH – 3008 – 09/2022-** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | - 3 – | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | **\*)** ***Zutreffendes bitte ankreuzen, ausfüllen oder beilegen*** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9. | |  | | | Ich war zuletzt /  bin zur Zeit bei folgender gesetzlichen Krankenkasse versichert bzw. familienversichert: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | | Ich will bei folgender gesetzlichen Krankenkasse versichert werden (Mitgliedsbescheinigung  liegt bei  folgt unverzüglich): | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | | Ich bin bisher bei keiner gesetzlichen Krankenkasse versichert gewesen und werde mein Wahlrecht nicht ausüben. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | | Zur Zeit bin ich privat bei | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | gegen Krankheit versichert. | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | | Diese Versicherung bestand bereits am 31.12.2002  nein  ja, eine entsprechende Bescheinigung des Krankenversicherungsunternehmens ist beigefügt. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | **Hinweis:** Wenn eine Mitgliedsbescheinigung nicht innerhalb von 14 Tagen nach Aufnahme einer Beschäftigung dem Arbeit-  geber vorgelegt wird, erfolgt die Anmeldung ab Beginn der Versicherungspflicht bei der letzten Krankenkasse oder einer  Krankenkasse nach Wahl des Arbeitgebers. Die Durchführung der Pflegeversicherung erfolgt bei der Krankenkasse, bei der die Mitgliedschaft zur Krankenversicherung besteht. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10. | | **Nur ausfüllen, wenn das 55. Lebensjahr bereits vollendet ist** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| a) | | | | Ich war in den vergangenen fünf Jahren bei einer gesetzlichen Krankenkasse Mitglied oder durch meinen Ehegatten familienversichert | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | |  | | | ja, bei der | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | |  | | | (Bezeichnung der Krankenkasse) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | |  | | | für die Zeit | | | | | | | vom | | | | |  | | | | | | | | bis |  | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | |  | | | nein, ich bzw. mein/e Ehegatt/e/in (bei Familienversicherung) war | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | |  | | |  | | | krankenversicherungsfrei für die Zeit | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | vom | | |  | | | | | | | | bis | | |  | | | | | | | |
|  | | | |  | | |  | | | von der Krankenversicherungspflicht auf Antrag befreit für die Zeit | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | vom | | |  | | | | | | | | bis | | |  | | | | | | | |
|  | | | |  | | |  | | | als Selbstständige/r krankenversicherungsfrei für die Zeit | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | vom | | |  | | | | | | | | bis | | |  | | | | | | | |
| b) | | | | Bis zum Beginn meiner Beschäftigung war ich arbeitslos  ja  nein | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 11. | | **Nur auszufüllen bei einer geringfügigen Beschäftigung** (Einkommen bis zur Höhe von **520,00 EURO** monatlich): | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | Ich möchte mich von der Rentenversicherungspflicht befreien lassen: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | | **ja (Antrag ist beigefügt)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | | **nein** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |
| --- |
| **ÄNDERUNGEN IN DEN VORSTEHENDEN ANGABEN WERDE ICH UNVERZÜGLICH durch EIN besonderes Schreiben MITTEILEN**  Dazu gehört bei Studierenden insbesondere das Bestehen der Hochschulprüfung |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Ort und Datum |  | Unterschrift des Arbeitnehmers |

|  |
| --- |
| **DLZP SH – 3008 – 09/2022-** |