

Erklärung bei einer geringfügigen Beschäftigung

Name, Vorname:			
Anschrift:			
Arbeitsverhältnis ab:		bei:	
Beschäftigt als:			
Wöchentliche Arbeitszeit (Stunden):			

Für mich gelten folgende Angaben (zutreffendes bitte ankreuzen):

<input type="checkbox"/> ich bin Hausfrau	<input type="checkbox"/> ich bin Schüler	<input type="checkbox"/> ich bin Student (bitte Schul- bzw. Studienbescheinigung vorlegen)
<input type="checkbox"/> ich bin Rentner / Pensionär	Art der Rente / Pension:	
<input type="checkbox"/> ich bin selbständiger Unternehmer		
<input type="checkbox"/> ich übe eine versicherungspflichtige Beschäftigung bei folgendem Arbeitgeber aus (Name und Anschrift):		

Ich bin	<input type="checkbox"/> gesetzlich krankenversichert	<input type="checkbox"/> privat krankenversichert
Name und Anschrift der Krankenkasse		
Rentenversicherungsnummer*		

***Ihre Rentenversicherungsnummer entnehmen Sie bitte Ihrem Sozialversicherungsausweis.
Wenn keine Rentenversicherungsnummer angegeben werden kann, ergänzen Sie bitte
folgende Angaben:**

Geburtsdatum:		Geburtsort:	
Geburtsname:		Staatsangeh.:	

Geringfügig entlohnte Beschäftigung (400-Euro-Job)

<input type="checkbox"/> ich übe zur Zeit keine weitere geringfügig entlohnte Beschäftigung aus		
<input type="checkbox"/> ich übe zur Zeit eine / mehrere geringfügig entlohnte Beschäftigung/-en aus:		
Arbeitgeber (Name, Anschrift):	seit:	Bruttoentgelt:

Ich wünsche die Aufstockung des Rentenversicherungsbeitrages bis zum vollen Beitragssatz. Die Aufstockungsbeiträge werden von mir getragen. Diese Erklärung kann ich nicht widerrufen. Sie gilt für alle geringfügigen entlohnten Beschäftigungen die ich zur Zeit ausübe oder im Laufe dieser Beschäftigung ausüben werde.

Kurzfristige Beschäftigung (2 Monate oder 50 Arbeitstage)

<input type="checkbox"/> Ich bin beim Arbeitsamt als arbeitssuchend gemeldet
<input type="checkbox"/> Ich beziehe Arbeitslosengeld oder Arbeitslosenhilfe

Im laufenden Kalenderjahr habe ich

<input type="checkbox"/> keine Beschäftigung / Aushilfsbeschäftigung ausgeübt			
<input type="checkbox"/> folgende Beschäftigung/-en ausgeübt:			
Arbeitgeber (Name und Anschrift)	von – bis	Arbeitstage je Woche	Bruttoentgelt
<input type="checkbox"/> in folgenden Zeiten Arbeitslosengeld/-hilfe bezogen oder war als arbeitssuchend gemeldet:			
Arbeitsamt (Name und Anschrift)	von	-	bis

Eine Lohnsteuerkarte lege ich vor:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
------------------------------------	-----------------------------	-------------------------------

Ich versichere, dass ich Änderungen, die die o.g. Angaben betreffen, unaufgefordert und unverzüglich mitteilen werde. Mir ist bekannt, dass sich durch die Aufnahme oder Beendigung einer Beschäftigung oder selbständigen Tätigkeit grundlegende Änderungen bei der versicherungsrechtlichen Beurteilung ergeben können. Verletze ich meine Mitteilungspflichten schuldhaft, kann ich zum Ersatz des entstandenen Schadens verpflichtet sein.

Ort, Datum und Unterschrift der/des Beschäftigten