

## Erklärung zur Beurteilung des kurzfristigen Beschäftigungsverhältnisses

Diese Erklärung dient zur Erleichterung der Feststellung von Versicherungspflicht bzw. Versicherungsfreiheit. **Bitte vollständig ausfüllen und unterschreiben.**

### 1. Zur Person

Zuname, Name.....geb. ....

Anschrift.....

Familienstand ledig  verh.  gesch.  verw. ... Geb.Ort:..... Geb.Name.....

Aufenthaltslaubnis Ja  Nein

Arbeitserlaubnis Ja  Nein

### 2. Kurzfristiges Beschäftigungsverhältnis

/ Eintritt .....

Art der Beschäftigung /Tätigkeit .....

Beschäftigungsumfang ..... Std. pro Woche ..... Std. pro Monat

Vergütung/Lohn ..... EUR pro Stunde ..... EUR pro Monat

(mindestens 8,50 brutto/Std)

Arbeitszeit: a) flexibel .....(Std-Nachweis) b) fest wie folgt.....

### 3. Angaben zur Personenkreiszugehörigkeit

	ja	nein		ja	nein
Versicherungspflichtige Hauptbeschäftigung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schüler / Student	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
weitere dauerhaft geringfügige Beschäftigung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sozialhilfeempfänger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
arbeitnehmerähnlicher Selbständiger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hausfrau ohne eigene Einkünfte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hauptberuf Beamter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Arbeitsloser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Selbständiger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Freiw. soziales Jahr o.ä.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Versorgungsempfänger (z.B. Beamter i.R.)			Erziehungsurlaub o.ä.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
oder Rentner mit Vollrente wg. Alters	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schulabgänger..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rentner mit Vollrente wg. verm. Erwerbs-			Sonstiges.....		
fähigkeit oder Witwen-/Waisenrente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....		

### 4. Sozialversicherung

Sozialversicherungsnummer .....

Name der Krankenkasse (**bitte Nachweis vorlegen**) .....

### 5. Einkommenssituation

a ) Ich habe Einkünfte aus einer sozialversicherungspflichtigen Hauptbeschäftigung

Ja  Nein

**6. Besteuerung in der kurzfristigen Beschäftigung**

pauschale Besteuerung durch den Arbeitgeber Ja  Nein

Besteuerung mit Lohnsteuerkarte Ja  Nein

(Eintrag: Steuerklasse..... )

**7. Geplante Dauer der Beschäftigung**

- 2 Monate befristet
- 50 Arbeitstage/ 60 Kalendertage

**8. Haben Sie im laufenden Kalenderjahr weitere kurzfristige Beschäftigungen ausgeübt**

- ja  nein

Wenn „ja „ angekreuzt wurde

1. Arbeitgeber..... Anzahl Arbeitstage.....

2. Arbeitgeber..... Anzahl Arbeitstage.....

3. Arbeitgeber..... Anzahl Arbeitstage.....

**7. Erklärung**

Die vorstehenden Angaben sind vollständig und richtig. Ich verpflichte mich, jede Änderung, insbesondere die Aufnahme oder Beendigung anderer Beschäftigungsverhältnisse und Teilzeitverdienste unverzüglich meinem Arbeitgeber mitzuteilen.

**Mir ist bewusst, dass falsche oder fehlende Angaben durch mich einen Verstoß gegen meine arbeitsvertraglichen Pflichten darstellen und ich dadurch schadensersatzpflichtig werden kann.**

.....

Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
**Arbeitgeber**

\_\_\_\_\_  
**Arbeitnehmer**