

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.....

Aufenthaltsurlaubnis 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

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. Erwerbsfähigkeit oder Witwen-/Waisenrente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sonstiges.....		
				

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