|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Angaben zur Person** | | | | |
| Frau  Herr  Familienname, Vorname | | Geburtsname | | Geburtsdatum u. Geburtsort       , |
| Anschrift (Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort ) | | Staatsangehörigkeit | | Familienstand |
| Sozialversicherungsnummer: | Name Ihrer Bank: | | BIC    IBAN | |
| Steueridentifikationsnummer:    Steuerklasse/Kinderfreibetrag/ Kirchensteuerabzug  \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Angaben zu weiteren Beschäftigungsverhältnissen** (zum jetzigen Zeitpunkt) | | | | |
| Im Kalenderjahr       wurden keine weiteren Beschäftigungen  Im Kalenderjahr       werden/wurden nachstehende Beschäftigungen ausgeübt: | | | | |
| Zeitraum von | Zeitraum bis | wöchentl. Arbeitszeit | monatl. Arbeitsentgeld        EUR | Arbeitgeber |
| Zeitraum von | Zeitraum bis | wöchentl. Arbeitszeit | monatl. Arbeitsentgeld        EUR | Arbeitgeber |
| Zeitraum von | Zeitraum bis | wöchentl. Arbeitszeit | monatl. Arbeitsentgeld        EUR | Arbeitgeber |

|  |
| --- |
| **Angaben zu sonstigen Tätigkeiten** - zum jetzigen Zeitpunkt |
| **bin ich in einer sozialversicherungspflichtigen Hauptbeschäftigung tätig**  **bin ich geringfügig beshäftigt**  **bin ich kurzfristig beschäftigt**  **bin ich Schüler/in**  und besuche die       Klasse; meine Schulzeit endet vorraussichtlich am  Bei Besuch der letzten Klasse:  Ist ein anschließendes Studium beabsichtigt ?  ja, ab        nein  Wird eine Berufsausbildung begonnen ?  ja, ab        nein  **bin ich Student/in**  Studium endet voraussichtlich am  Wird die Beschäftigung nur in den Semesterferien ausgeübt ? ja  nein    Es handelt sich um ein in einer Prüfungs-/Studienordnung  vorgeschriebenes Praktikum?  ja  nein  **bin ich Beamter/Pensionär**  **bin ich Bufdi (im Bundesfreiwilligendienst) / Wehrdienst**  **bin ich Hausfrau/Hausmann**  **bin ich RentnerIn, Art der Rente**  **beziehe ich Arbeitslosengeld / Arbeitslosengeld II, bzw. beim Arbeitsamt als arbeitssuchend gemeldet**  **bin ich in Elternzeit**  **bin ich selbständig tätig**  **sonstiges** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Angaben zur Krankenversicherung** | |
| **Es besteht folgende Krankenversicherung:**  gesetzliche Krankenversicherung  private Krankenversicherung  Familienversichert bei: (Name des Versicherten)  keine Krankenversicherung Sonstiges | **Name Ihrer Krankenkasse** |

|  |
| --- |
| **Erklärung zum Verzicht auf die Rentenversicherungspflicht bei geringfügiger Beschäftigung** |
| **Ja, zum Verzicht auf die Rentenversicherungspflicht.**  **nein** |

|  |
| --- |
| **Erklärung zum Verzicht auf die Reduzierung des Arbeitnehmerbetrags bei einem Entgelt innerhalb der Gleitzone** |
| Ich wurde von meinem Arbeitgeber darüber informiert, dass sich der Arbeitnehmerbeitrag zur Sozialversicherung aus meinem Arbeitsentgelt ( zwischen 450,01 € und 850,00 € ) gemäß den Regelungen über die sog. Gleitzone reduzieren würde. Hierdurch reduzieren sich **u.U. meine zukünftigen Rentenansprüche**. Ich erkläre deshalb, dass der Beitragsberechnung als beitragspflichtige Einnahme das tatsächliche Arbeitsentgelt zugrunde gelegt werden soll.  **ja**  **nein** |

|  |
| --- |
| **Unterschrift des Arbeitnehmers** |
| Mit meiner Unterschrift versichere ich, dass die vorstehenden Angaben der Wahrheit entsprechen.  Ich verpflichte mich, meinem Arbeitgeber alle Änderungen unverzüglich mitzuteilen.  Ort, Datum Unterschrift |

|  |
| --- |
| **Betrifft den Beitragszuschlag für Kinderlose in der Pflegeversicherung !**  **ja, ich habe ein Kind / mehrere Kinder**  **nein, ich habe keine Kinder** |

|  |
| --- |
| **Nachweise für die Zahlung von Kinderzuschlägen gem. § 19 TV EKBO**  Wenn Sie persönlich das Kindergeld erhalten, bitten wir um Zusendung einer Kopie vom  Kontoauszug i.V.m einer Kopie vom Kindergeldbescheid der Familienkasse |

|  |
| --- |
| **Folgende Nachweise sind diesem Fragebogen beizufügen :** |
| Steuerkarte / Bescheinigung für den Lohnsteuerabzug  Schulbescheinigung  Immatrikulationsbescheinigung  Sozialversicherungsausweis  Kopie Rentenbescheid  Mitgliedsbescheinigung Krankenkasse  ggf. Kopie des Schwerbehindertenausweises  Nachweis über weitere Tätigkeiten  Nachweis über den Bundesfreiwilligendienst/ Wehrdienst  Kopie der Geburtsurkunde des Kindes/der Kinder  Kopie Kindergeldbescheid von der Familienkasse |