



ERKLÄRUNG

zur Beurteilung von geringfügigen Beschäftigten

Angaben zur Person des Arbeitnehmers Rentenversicherungsnummer _____

Krankenkasse _____

Identifikationsnummer _____

Name, Vorname _____ geb. am _____

Geburtsname _____ Geb.Ort _____

Anschrift _____

Art der Aushilfstätigkeit _____ Arbeitszeit wöchentl. _____

Vereinbartes Entgelt
tägl. _____ wöchentl. _____ monatl. _____

Das Beschäftigungsverhältnis ist ___ befristet vom _____ bis _____

Das Beschäftigungsverhältnis ist ___ unbefristet Beschäftigungsbeginn _____

1. Einziges Beschäftigungsverhältnis ja ___ nein ___

2. Beschäftigungsverhältnis **neben** weiteren Arbeitsverhältnissen

2.1 weitere 400,00 EUR – Jobs ja ___ nein ___

2.2 einem Hauptarbeitsverhältnis ja ___ nein ___

3. Krankenversicherung

3.1 freiwillig versichert ja ___ nein ___

3.2 privat versichert ja ___ nein ___

4. Der/ Die Arbeitnehmer/in beantragt schriftlich die Befreiung von der
Versicherungspflicht in der Rentenversicherung ja ___ nein ___

Das Beschäftigungsverhältnis wird der Krankenkasse gemeldet.

Ich verpflichte mich, jede Änderung, insbesondere die Aufnahme weiterer Beschäftigungsverhältnisse, unverzüglich meinem Arbeitgeber bekanntzugeben.

(Ort, Datum)

(Unterschrift des Arbeitnehmers)