



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)