Name, Vorname _____

PLZ Ort _____

Straße _____

Geb.-Datum _____

Fernmündlich zu erreichen unter Ruf-Nummer:

(_____)_____

LBV-Personalnummer, sofern bereits bekannt:

(Anschrift der Einstellungsdienststelle)

Universitätsklinikum Düsseldorf
Die Kaufmännische Direktorin

D 01.3.1 - Personaldezernat

Aktenzeichen: _____

Fragebogen zur Sozialversicherung und Zusatzversorgung
Erklärung zur Beurteilung einer geringfügigen Beschäftigung

☒ **Zutreffendes bitte ankreuzen. Um Rückfragen und Verzögerungen zu vermeiden, bitte ich Sie alle Fragen zu beantworten.**

1 **A. Rentenversicherungsnummer**

Die **Rentenversicherungsnummer** ist für die Sozialversicherung von großer Bedeutung. In vielen Fällen kann bereits eine Rentenversicherungsnummer vergeben worden sein, weil Sie z.B. den Grundwehr- oder Zivildienst abgeleistet haben, Ihre schulischen Ausbildungszeiten beim Rentenversicherungsträger speichern ließen, vor Ihrer jetzt aufgenommenen Tätigkeit oder dem Studium eine Berufsausbildung absolviert haben oder schon einmal berufstätig waren oder eine geringfügige Beschäftigung (Neben- oder Ferienjob) ausgeübt haben. Die Rentenversicherungsnummer wurde Ihnen von einem Rentenversicherungsträger (z.B. Bundesversicherungsanstalt für Angestellte, Landesversicherungsanstalt, Bundesknappschaft) durch Übersendung des **Sozialversicherungsausweises** (bzw. früher des Versicherungsnachweisheftes) mitgeteilt.

☐ Meine Rentenversicherungsnummer lautet: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

☐ Die vorgenannten Sachverhalte treffen auf mich nicht zu. Eine Rentenversicherungsnummer ist mir noch nicht zugeteilt worden.

☐ Mir ist eine Versicherungsnummer eines anderen Mitgliedstaates der Europäischen Union (EU) oder des Europäischen Wirtschaftsraumes (EWR) zugeteilt worden (EU-/EWR-Mitgliedstaaten sind: Belgien, Dänemark, Finnland, Frankreich, Griechenland, Großbritannien, Irland, Island, Italien, Liechtenstein, Luxemburg, Niederlande, Norwegen, Österreich, Portugal, Schweden und Spanien):

Versicherungsnummer: _____ Land: _____

B. Krankenversicherung

2 ☐ Ich bin Mitglied folgender Krankenkasse _____ Wahlrecht ausgeübt am _____

Hinweis: Die gem. § 173 SGB V gewählte Krankenkasse ist dem Arbeitgeber bzw. dem LBV unverzüglich mitzuteilen. Bitte fügen Sie deshalb die **Mitgliedsbescheinigung nach § 175 SGB V** bei oder veranlassen Sie die Kasse, diese Bescheinigung direkt beim LBV einzureichen. Wird das Wahlrecht nicht innerhalb von 2 Wochen nach Beginn der Beschäftigung ausgeübt, so beginnt die Mitgliedschaft bei der gewählten Kasse erst mit Ablauf des auf die Ausübung des Wahlrechts folgenden Jahres. Bis dahin sind die Beiträge an die Krankenkasse abzuführen, an die das LBV die Anmeldung vorgenommen hat.

3 ☐ Ich bin von der Krankenversicherungspflicht befreit. **(Bitte Befreiungsbescheid beifügen.)**

Zusatz für freiwillig Versicherte: Der Arbeitgeberzuschuss zur freiwilligen Kranken- und Pflegeversicherung gem. § 257 SGB V und § 61 SGB XI kann nur nach Abgabe einer entsprechenden Erklärung (Vordruck ist bei Ihrer Dienststelle oder dem LBV erhältlich) und Vorlage der Beitragsbescheinigungen gewährt werden. **Auf einen einmal gewährten Zuschuss kann für die Dauer der Beschäftigung nicht mehr verzichtet werden,** es sei denn, es tritt Kranken-/Pflegeversicherungspflicht ein.

4 ☐ Für mich besteht eine **studentische** Krankenversicherung bei der

_____ **(Bitte Versicherungsbescheinigung beifügen.)**

5
6 ☐ Ich bin **familienversichert** bei der _____

☐ Ich bin bei einem **privaten Krankenversicherungsunternehmen** versichert.
Vor der privaten Versicherung war ich zuletzt bei folgender gesetzlichen Krankenkasse versichert:

_____

C. Rentenversicherung

7 **Ich bin von der Rentenversicherungspflicht befreit**

☐ nein ☐ ja **Bitte Nachweis über Befreiung beifügen (grüne Befreiungskarte im Format DIN A6 oder grüne Durchschrift des Befreiungsbescheides im Format DIN A4) !**

Ich bin Mitglied einer berufsständischen Versorgungs- oder Versicherungseinrichtung

☐ nein ☐ ja, bei _____ (bitte Mitgliedsurkunde beifügen)

Mitglieds-/Versicherungsnummer _____

208/14

Bitte wenden!

Für mich besteht eine anderweitige Zukunftssicherung (Lebensversicherung, Bistums-Synodalabgaben pp.)

☐ nein ☐ ja, bei _____ monatlicher Beitrag _____ (bitte Unterlagen beifügen)

D. Weitere Beschäftigungen

8 **Werden gleichzeitig weitere Beschäftigungen im In- oder Ausland ausgeübt?**

☐ nein ☐ ja, als **nichtselbständige Tätigkeit** ☐ in einem Angestellten- oder Arbeiterverhältnis ☐ in einem Beamtenverhältnis

seit _____, ggf. befristet bis _____

Name und Anschrift des Arbeitgebers _____

dortiges Aktenzeichen bzw. Personalnummer _____

wöchentliche Arbeitszeit _____ Stunden, _____ Tage

monatliches Bruttoarbeitsentgelt _____

Besteht während der o.g. Beschäftigung Versicherungs**freiheit** in der gesetzlichen Kranken-/Pflegeversicherung?

☐ nein ☐ ja, seit _____

Erhalten Sie von Ihrem anderen Arbeitgeber Zuschüsse zur freiwilligen Kranken-/Pflegeversicherung? ☐ nein ☐ ja

An welche Krankenkasse führt der andere Arbeitgeber die Beiträge zur Renten-/Arbeitslosenversicherung ab? _____

☐ ja, als **geringfügige Beschäftigung** seit _____, ggf. befristet bis _____

☐ Es handelt sich um eine **geringfügig entlohnte** (*) Beschäftigung.
☐ Es handelt sich um eine **kurzfristige** (*) Beschäftigung.

(*) Die Art der geringfügigen Beschäftigung ist aus dem Personengruppenschlüssel ersichtlich, der in der Sozialversicherungsmeldung aufgeführt ist.

Name und Anschrift des Arbeitgebers _____

wöchentliche Arbeitszeit _____ Stunden, _____ Tage

monatliches Bruttoarbeitsentgelt _____

☐ ja, als **hauptberuflich selbständige Erwerbstätigkeit** seit _____

Ist ein Gewerbe angemeldet? ☐ nein ☐ ja

Beschäftigen Sie mindestens einen Arbeitnehmer mehr als geringfügig? ☐ nein ☐ ja

Der wöchentliche Zeitaufwand der selbständigen Erwerbstätigkeit (einschließlich Vor- und Nacharbeiten)

beträgt _____ Stunden.

Monatliches Arbeitseinkommen _____

9 **Sind Sie in den letzten 12 Monaten einer Beschäftigung im In- oder Ausland nachgegangen?**

☐ nein ☐ ja, ☐ in einem Angestellten- oder Arbeiterverhältnis
☐ in einem Beamtenverhältnis
☐ in einer geringfügigen Beschäftigung
gemäß Angaben in nachstehender Tabelle (ggf. Angaben auf gesonderten Blatt)

vom	bis	wöchentliche Arbeitszeit Tage	Stunden	monatliches Bruttoarbeitsentgelt *)
				☐ **unter** 325 EUR ☐ **über** 325 EUR
				☐ **unter** 325 EUR ☐ **über** 325 EUR
				☐ **unter** 325 EUR ☐ **über** 325 EUR
				☐ **unter** 325 EUR ☐ **über** 325 EUR

*) Sofern Angaben für Zeiten vor dem 01.01.2002 zu machen sind, bezieht sich die Frage auf ein Bruttoarbeitsentgelt von unter oder über 630 DM.

E. Weitere Einkommen

10 **Erhalten Sie Arbeitslosengeld/-hilfe oder Unterhaltsgeld vom Arbeitsamt oder haben Sie sich als Arbeitssuchender gemeldet?**

☐ nein ☐ ja, vom _____ bis _____

Arbeitsamt _____ Stammnummer _____

Bitte Bewilligungsbescheid des Arbeitsamtes beifügen (Betragsangaben können unkenntlich gemacht werden).

11 **Beziehen Sie eine Rente oder haben Sie eine Rente beantragt?**

☐ nein ☐ ja, Rentenart: _____

Versicherungsträger mit Anschrift _____

Versicherungs- oder Versorgungsnummer _____

Krankenversicherung der Rentner bei _____

12 **Erhalten Sie Versorgungs- oder Hinterbliebenenbezüge nach beamtenrechtlichen Grundsätzen?**

☐ nein ☐ ja, seit _____

die Bezüge zahlt (Name der Dienststelle) _____

Aktenzeichen / Personalnummer _____

Höhe der Bezüge: ☐ unter 65 v.H. ☐ 65 v.H. und mehr .... der ruhegehaltfähigen Dienstbezüge
Grund: ☐ Altersgrenze ☐ Dienstunfähigkeit ☐ Hinterbliebenenversorgung

13 **Beziehen Sie sonstige Versorgungsbezüge** (z.B. Betriebsrente, Zusatzversorgung, Altersruhegeld für Landwirte)?

☐ nein ☐ ja, Art: _____

Zahlstelle mit Anschrift: _____

Aktenzeichen _____

F. Art der Tätigkeit

14 **Waren Sie vor Aufnahme der Beschäftigung ausschließlich Hausfrau bzw. Hausmann?**

☐ nein ☐ ja

5 **Waren Sie vor Aufnahme der Beschäftigung Schülerin bzw. Schüler?**

☐ nein ☐ ja (bitte Schulbescheinigung beifügen)

Wird nach Beendigung der Tätigkeit der Grundwehr- oder Zivildienst abgeleistet oder ein Dienstverhältnis (z.B. als Soldat auf Zeit) eingegangen? ☐ nein ☐ ja, Einberufung zum _____

Wird nach Ende der Beschäftigung bzw. im Anschluss an den Grundwehr- oder Zivildienst

- die Schulausbildung fortgesetzt? ☐ nein ☐ ja, Klasse _____

- ein Hochschulstudium fortgesetzt/aufgenommen? ☐ nein ☐ ja, Semester _____

16 - eine Berufsausbildung aufgenommen? ☐ nein ☐ ja Ausbildung zur/zum _____

Sind Sie Studentin bzw. Student?

☐ nein ☐ ja, seit _____ bis voraussichtlich _____

Bitte Studienbescheinigung beifügen, aus der das Studienfach, der angestrebte Abschluss und das Fachsemester hervorgeht!

Folgende Fächer werden belegt: _____

Ich strebe folgende Abschlüsse an: _____

Haben Sie bereits eine Hochschulprüfung abgelegt?

17 ☐ nein ☐ ja, am _____ im Fach: _____ Abschlussart _____

Sind Sie Praktikantin bzw. Praktikant?

☐ nein ☐ ja, seit dem _____ bis voraussichtlich _____

Handelt es sich um eine in Studien- oder Prüfungsordnungen vorgeschriebene berufspraktische Tätigkeit?
☐ nein ☐ ja (bitte Studienbescheinigung beifügen)

G. Geringfügige Beschäftigung

18 **Erklärung**

Für den Fall, dass meine Beschäftigung als geringfügig entlohnte Beschäftigung zu werten ist, verzichte ich in Kenntnis der unten stehenden Erläuterungen auf die Rentenversicherungsfreiheit für die Dauer dieser Beschäftigung und zahle zusätzlich zum pauschalen Arbeitgeberbeitrag einen eigenen Arbeitnehmerbeitrag.

☐ nein ☐ ja ☐ Die Rentenversicherungspflicht soll am Tag nach dem Eingang dieser Erklärung beim Arbeitgeber beginnen.
☐ Die Rentenversicherungspflicht soll mit Beginn der Beschäftigung beginnen.
☐ Die Rentenversicherungspflicht soll am _____ beginnen.

Erläuterung:

Eine geringfügig entlohnte Beschäftigung liegt vor, wenn die Beschäftigung regelmäßig an weniger als 15 Stunden in der Woche ausgeübt wird und das Arbeitsentgelt regelmäßig im Monat 325,00 Euro nicht übersteigt. Der Arbeitgeber hat pauschal Beiträge zur Renten- und ggf. Krankenversicherung zu zahlen. Arbeitnehmeranteile fallen nicht an. Bei der Beurteilung, ob die Zeit- und Entgeltgrenze überschritten wird, werden mehrere geringfügig entlohnte Beschäftigungen oder eine geringfügig entlohnte Beschäftigung mit einer versicherungspflichtigen

Hauptbeschäftigung zusammengefasst.

In der Krankenversicherung entstehen durch eine geringfügig entlohnte Beschäftigung keine Leistungsansprüche. In der Rentenversicherung können sich durch eine geringfügig entlohnte Beschäftigung Ansprüche auf Altersrenten ergeben.

Ansprüche auf die vollen Leistungen der Rentenversicherung (auf Rehabilitation, Rente wegen Berufs-/Erwerbsunfühigkeit, vorgezogene Altersrenten, Rentenberechnung nach Mindesteinkommen) können erworben werden, wenn der Arbeitnehmer auf die Rentenversicherungsfreiheit verzichtet und einen eigenen Arbeitnehmerbeitrag zusätzlich zum pauschalen Arbeitgeberbeitrag leistet. Nähere Informationen zu diesen Ansprüchen erteilen die Rentenversicherungsträger.

Bitte wenden.

Bei einem Verzicht auf die Rentenversicherungsfreiheit beträgt die Höhe des Arbeitnehmerbeitrags bei Entgelten ab 155,00 Euro 7,1 % des Arbeitsentgelts. Bei Arbeitsentgelten von weniger als 155,00 Euro sind Mindestbeitragsgrenzen zu beachten. Der von Arbeitgeber und Arbeitnehmer zusammen zu tragenden Mindestbeitrag beläuft sich zurzeit auf 29,60 Euro monatlich (19,1 % von 155,00 Euro). Der Arbeitgeber trägt von diesem Betrag den Teil, den er als pauschalen Beitrag zu zahlen hätte, also 12 % des Arbeitsentgelts. Der Arbeitnehmer hat den Differenzbetrag bis zum Mindestbeitrag zu tragen. Beispiel: Das Arbeitsentgelt beträgt 120,00 Euro. Der Mindestbeitrag beläuft sich auf 29,60 Euro, wovon der Arbeitgeber 14,40 Euro trägt (12 % von 120,00 Euro). Der Restbetrag von 15,20 Euro ist vom Arbeitnehmer zu zahlen. (Alle Prozent- und Betragsangaben beziehen sich auf den Stand vom 01.01.2002.)

Der Verzicht auf die Rentenversicherungsfreiheit ist dem Arbeitgeber gegenüber schriftlich zu erklären und wird in der Regel erst nach dem Tag des Eingangs der Erklärung beim Arbeitgeber wirksam. Es kann vom Arbeitnehmer auch ein späterer Zeitpunkt für das Wirksamwerden des Verzichts bestimmt werden. Geht der Verzicht innerhalb von zwei Wochen nach Aufnahme der geringfügig entlohnten Beschäftigung beim Arbeitgeber ein, kann der Verzicht auch mit Beginn dieser Beschäftigung wirksam werden, wenn es vom Arbeitnehmer ausdrücklich verlangt wird. Werden mehrere geringfügig entlohnte Beschäftigungen ausgeübt, kann der Verzicht nur einheitlich für alle Beschäftigungen ausgesprochen werden. Der Verzicht kann für die Dauer der geringfügig entlohnten Beschäftigung nicht widerrufen werden.

H. Zusätzliche Alters- und Hinterbliebenenversorgung (VBL oder andere Zusatzversorgungseinrichtungen)

19 **Ich war bereits bei der VBL oder einer anderen Zusatzversorgungseinrichtung versichert:**

☐ nein ☐ ja, bei _____

Versicherungsnummer _____

Wurden Beiträge aus einer früheren Zusatzversicherung erstattet?

☐ nein ☐ ja

20 **Ich bin von der Versicherungspflicht in der Zusatzversorgung befreit:**
☐ nein ☐ ja ➔ **Bitte Befreiungsbescheid beifügen.**

I. Anlagen

21 **Folgende Unterlagen füge ich bei:**

☐ Mitgliedsbescheinigung der Krankenkasse nach § 175 SGB V
☐ Versicherungsbescheinigung der studentischen Krankenversicherung oder der Familienversicherung
☐ Befreiungsbescheid zur Krankenversicherung
☐ Befreiungsbescheid zur Rentenversicherung (grüne Karte; grüne Durchschrift des Bescheides)
☐ Mitgliedsurkunde der berufsständischen Versicherungs- bzw. Versorgungseinrichtung
☐ Schulbescheinigung
☐ Studienbescheinigung (mit Angaben über Studienfach, angestrebter Abschluss, Fachsemester)
☐ Bestätigung der ZVS über zugewiesenen Studienplatz
☐ Nachweis über die bevorstehende Aufnahme des Grundwehr- oder Zivildienstes nach Ablauf der Beschäftigung
☐ Befreiungsbescheid zur Zusatzversorgung
☐ _____ **Bankverbindung:**
☐ _____ **Bankleitzahl:**
_____ **Kontonummer:**

22 **Bemerkungen:**

Ich versichere, dass meine Angaben vollständig und richtig sind. Mir ist bekannt, dass ich verpflichtet bin, jede in den vorstehend dargelegten Verhältnissen eintretende Änderung dem Landesamt für Besoldung und Versorgung NRW, 40192 Düsseldorf, sofort anzuzeigen, und dass ich alle Bezüge, die ich infolge unterlassener, verspäteter oder fehlerhafter Meldung zuviel erhalten habe, zurückzahlen muss.
Für den Fall einer Beschäftigung bei mehreren Arbeitgebern erkläre ich mein widerrufliches Einverständnis, dass die zur Feststellung der Sozialversicherungspflicht und Berechnung der Sozialversicherungsbeiträge erforderlichen Daten zwischen den beteiligten Arbeitgebern gegenseitig übermittelt werden. (Zusatz ggf. streichen.)

	Ort, Datum **Unterschrift** **Hinweis:** **Die mit diesem Vordruck erhobenen personenbezogenen Daten werden unter Beachtung des § 29 Datenschutzgesetz für das Land Nordrhein-Westfalen - DSG NRW - verarbeitet. Ihre Angaben sind erforderlich, um die Sozialversicherungspflicht und die Zusatzversorgungspflicht korrekt zu beurteilen und Ihre Bezüge in der zustehenden Höhe berechnen zu können. Ihre Mitwirkungspflicht ergibt sich aus § 28 o des Vierten Buches Sozialgesetzbuch (SGB IV).**