

Name, Vorname	Pers.-Nr.	Bearb.-Nr.
Dienststelle		

**Erklärung**  
**zur Prüfung der Versicherungsfreiheit bzw. Versicherungspflicht in der Kranken-, Renten- und Arbeitslosenversicherung für geringfügig Beschäftigte und Beschäftigten nach dem Zweiten Gesetz für moderne Dienstleistungen am Arbeitsmarkt (Gleitzone)**

**Die Angaben unterliegen der Auskunftspflicht gem. § 28o SGB IV.**

<b>Versicherungsnummer des Rentenversicherungsträgers:</b>		
Geburtsname:	Geburtsdatum:	Geburtsort:
Anschrift:		

Zu meiner Beschäftigung als \_\_\_\_\_ ab \_\_\_\_\_  
im / in der (Einsatzort) \_\_\_\_\_ erkläre ich folgendes:

1. Ich übe diese Tätigkeit an folgenden Tagen in der Woche aus:

Mo  Die  Mi  Do  Fr  Sa  So (Zutreffendes bitte ankreuzen)

je nach Bedarf der Einrichtung

2. Neben der oben angegebenen Beschäftigung übe ich weitere Beschäftigungen oder Tätigkeiten aus:

ja (weitere Angaben sind erforderlich)  nein

a) bei \_\_\_\_\_ vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

wö. Arb. \_\_\_\_\_ Brutto- \_\_\_\_\_ EUR/mtl. an \_\_\_\_\_ Tag(en) in der Woche.  
Std. \_\_\_\_\_ entgelt

In diesem Beschäftigungsverhältnis bin ich bei folgender Krankenkasse gemeldet: \_\_\_\_\_

b) bei \_\_\_\_\_ vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

wö. Arb. \_\_\_\_\_ Brutto- \_\_\_\_\_ EUR/mtl. an \_\_\_\_\_ Tag(en) in der Woche.  
Std. \_\_\_\_\_ entgelt

In diesem Beschäftigungsverhältnis bin ich bei folgender Krankenkasse gemeldet: \_\_\_\_\_

3. Beim Arbeitsamt bin ich als Arbeitsuchende/r gemeldet:  ja  nein

4. Ich beziehe Arbeitslosengeld I oder II:  ja  nein

5. Ich erhalte eine Halbwaisenrente:  ja  nein

6. Ich bin sonst nicht berufsmäßig als Arbeitnehmer/in tätig, sondern

ordentlich Studierende/r  Promotionsstudent/in  Schüler/in  Praktikant/in

Hausfrau  Selbstständige/r

Rentner/in (Rentenart angeben: \_\_\_\_\_  
Höhe der Rente: \_\_\_\_\_ EUR)

Versorgungsempfänger/in mit Versorgungsanspruch von \_\_\_\_\_ %  
seit dem \_\_\_\_\_

Zusatz für Selbstständige: Meine mtl. Einkünfte betragen: \_\_\_\_\_ EUR brutto.

Zusatz für Rentner/innen: Seit dem \_\_\_\_\_ erhalte ich Altersruhegeld, es beträgt z.Z. s.o.

Zusatz für Versorgungsempfänger/innen: Ich erhalte Versorgungsbezüge nach beamten- bzw. soldatenrechtl. Grundsätzen von \_\_\_\_\_ in Höhe von \_\_\_\_\_ EUR.

Zusatz für Studenten:

Ich habe mein Diplom oder den Hochschulabschluss abgelegt:  ja  nein

Ich betreibe ein Zweit- oder Aufbaustudium:  ja  nein

(Wenn ja, bitte die Fachrichtung des Erst- und Zweitstudiums angeben)

Ich habe die Absicht das Zweitstudium mit einer Hochschulprüfung abzuschließen.  
 ja  nein

7. Im laufenden Kalenderjahr vor der jetzigen Beschäftigung war ich wie folgt gegen Entgelt beschäftigt:  ja  nein

a) bei \_\_\_\_\_ vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

wö. Arb. \_\_\_\_\_ Brutto- \_\_\_\_\_ EUR/mtl. an \_\_\_\_\_ Tag(en) in der Woche.  
Std \_\_\_\_\_ entgelt \_\_\_\_\_

b) bei \_\_\_\_\_ vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

wö. Arb. \_\_\_\_\_ Brutto- \_\_\_\_\_ EUR/mtl. an \_\_\_\_\_ Tag(en) in der Woche.  
Std \_\_\_\_\_ entgelt \_\_\_\_\_

8.  Ich bin bzw. war zuletzt bei folgender gesetzl. Krankenkasse versichert bzw. familienversichert: \_\_\_\_\_
- Ich bin z.Z. in einer privaten Krankenversicherung versichert bzw. familienversichert.
- Ich will bei folgender gesetzl. Krankenkasse versichert werden (Mitgliedsbescheinigung liegt bei / folgt unverzüglich): \_\_\_\_\_
- Ich bin bisher bei keiner gesetzl. Krankenkasse versichert gewesen und werde mein Wahlrecht nicht ausüben.

**Hinweise:**

Wenn von dem Recht zur Wahl einer bestimmten Krankenkasse innerhalb von 14 Tagen nach Aufnahme einer Beschäftigung kein Gebrauch gemacht wird und vor Aufnahme der Beschäftigung eine eigene bzw. Familienversicherung nicht bestand, hat der Arbeitgeber eine Anmeldung zu einer Krankenkasse seiner Wahl vorzunehmen. Die Durchführung der Pflegeversicherung erfolgt bei der Krankenkasse, bei der die Mitgliedschaft zur Krankenversicherung besteht. Bitte keine private Krankenkasse angeben!

**Änderungen in den vorstehenden Angaben werde ich unverzüglich mitteilen!**  
Dazu gehört bei Studenten insbesondere das Bestehen des Diploms bzw. der Hochschulabschluss.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift