

Erfassungsbogen für geringfügig Beschäftigte (Minijob)

Eintrittsdatum: _____

Beschäftigung ist befristet bis zum: _____

| | |
|-------------------------------|----------------------|
| Name: | Vorname: |
| Geb.-Name: | Staatsangehörigkeit: |
| geboren am: | in: |
| PLZ/Wohnort: | Straße: |
| Krankenkasse: | Sozialvers.Nr.: |
| Privat krankenversichert bei: | |
| Steuer-Identifikationsnummer: | |
| | Bankverbindung: |
| wöchentl. Arbeitszeit: | IBAN: |
| Stundenlohn: | Kto.Nr.: |
| | BLZ: |
| beschäftigt als: | |

Angaben zur Person

Die/Der Beschäftigte ist oder war unmittelbar vorher Schüler:

- Ja
 Nein

Schulbescheinigung bitte beifügen.

Die Ausbildung ist abgeschlossen:

- Ja
 Nein

Wenn ja, wann endete die Ausbildung?

Die/Der Beschäftigte ist oder war unmittelbar vorher Studierender:

- Ja
 Nein

Studienbescheinigung bitte beifügen.

Immatrikulation besteht bei:

Immatrikulation besteht voraussichtlich bis:

Die Beschäftigung wird in den Semesterferien ausgeübt:

- Ja
 Nein

Semesterferien von/bis:

Der Beschäftigte ist Rentner/in:

- Berufsunfähigkeitsrente Teilrente
 Erwerbsunfähigkeitsrente Hinterbliebenenrente
 Altersrente Unfallrente
 Vollrente Versorgungsrente

Krankenversicherung besteht bei:

Rentenbeginn:

Die/Der Beschäftigte ist Arbeitslose/r:

Bezieher von Leistungen nach Arbeitsförderungsgesetz
(Arbeitslosengeld, .-hilfe, Unterhaltsgeld)

- Ja
- Nein

Wenn ja, zuständiges
Arbeitsamt:

Stammnr.:

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

ohne Leistungsbezug / letztes Beschäftigungsverhältnis bei Firma:

| |
|--|
| |
|--|

| | | |
|-----|------|--------------------------|
| in: | bis: | Zuständige Krankenkasse: |
|-----|------|--------------------------|

**Die/Der Beschäftigte ist
Selbstständige/r:**

- Ja
- Nein

seit:

Branche:

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

**Die/Der Beschäftigte ist
Arbeitnehmer/in:**

- Ja
- Nein

bei der Firma:

seit:

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

Zuständige Krankenkasse:

| |
|--|
| |
|--|

Übt die/der Beschäftigte weitere Minijobs aus?

- Ja
- Nein

Die/Der Beschäftigte ist Hausfrau/mann?

- Ja
- Nein

Die/Der Beschäftigte ist/war Beamte/r?

- Ja
- Nein

Angaben zur Beschäftigung

Bei angestrebter geringfügig entlohnter Beschäftigung (Minijob bis 556,00 € monatlich)

Übt die/der Beschäftigte weitere

Minijobs aus?

- Ja
- Nein

Firma / Ort:

| |
|--|
| |
|--|

seit:

| |
|--|
| |
|--|

€ / Monat:

| |
|--|
| |
|--|

Bei angestrebter kurzfristiger Beschäftigung (bis zu 3 Monate bzw. 70 Arbeitstage)

Andere Beschäftigungen im
Kalenderjahr?

- Ja
- Nein

Firma / Ort:

| |
|--|
| |
|--|

seit:

| |
|--|
| |
|--|

Std. / Wo.:

| |
|--|
| |
|--|

€ / Monat:

| |
|--|
| |
|--|

Nach Beendigung dieser Beschäftigung werde ich dem Arbeitsmarkt weiterhin zur Verfügung stehen und mich um andere Beschäftigungen bemühen:

- Ja
- Nein

Befreiung von der Rentenversicherungspflicht

Die/Der Beschäftigte einer geringfügig entlohnten Beschäftigung kann die Befreiung von der Rentenversicherungspflicht durch schriftliche Erklärung gegenüber dem Arbeitgeber beantragen. In diesem Fall entrichtet allein der Arbeitgeber eine Pauschalabgabe zur Rentenversicherung. Achtung: Damit werden keine vollen Rentenansprüche erworben.

Möchten Sie sich von der Rentenversicherungspflicht befreien lassen?

- Ja
 Nein

Nein heißt: Ich möchte mich nicht von der Rentenversicherungspflicht befreien lassen. Der Arbeitgeber trägt die Pauschalabgabe zur Rentenversicherung. Ich trage die Differenz zum vollen Beitragssatz (aktuell: 3,6 %). Den Beitrag zur Rentenversicherung zieht der Arbeitgeber vom Arbeitsentgelt ab und leitet diesen an die Minijob-Zentrale weiter.

Ja heißt: Ich beantrage die Befreiung von der Rentenversicherungspflicht. Der Arbeitgeber zahlt die Pauschalabgabe. Die einmal beantragte Befreiung von der Versicherungspflicht kann nicht rückgängig gemacht werden und gilt auch für alle weiteren ausgeübten geringfügigen Beschäftigungen.

Der ausgefüllte Befreiungsantrag liegt bei.

Ich versichere, diese Angaben wahrheitsgemäß gemacht zu haben. Jede Änderung, insbesondere die Aufnahme einer weiteren Beschäftigung, werde ich unverzüglich schriftlich mitteilen.

Bei unwahren Angaben oder Verletzungen meiner Anzeigepflicht erkläre ich mich bereit, die vom Sozialversicherungsträger nachgeforderten Beiträge zu erstatten.

Ort, Datum

Unterschrift Beschäftigte/r