

Für Firma: Hardy's FlughafenTransfer&Taxi e.K.

Bitte beachten Sie:

Dieser Ausdruck dient für das Unternehmen als Arbeitshilfe, um eine korrekte sozialversicherungsrechtliche Beurteilung Ihrer Beschäftigung vornehmen zu können. Unbedingt auszufüllende Felder sind fett gedruckt.

Beschäftigungsbeginn: _____ als: _____

1. Persönliche Angaben

Name, Vorname: _____

Anschrift: _____

Geschlecht: männlich weiblich

Geburtsdatum: _____

Staatsangehörigkeit: _____

Rentenversicherungsnummer: _____

Falls keine Rentenversicherungsnummer angegeben werden kann:

Geburtsname: _____

Geburtsort: _____ Geburtsland: _____

weitere freiwillige Angaben (einer Speicherung im Lohnabrechnungsprogramm stimme ich zu)

Telefon: _____

Handy: _____

E-Mail: _____

2. Angaben zur steuerlichen Handhabung

Steuer-Identnummer: _____

bitte eintragen oder falls vorhanden, ELSTAM-Bescheinigung Arbeitgeber aushändigen:

Steuerklasse/Kinderfaktor: _____ / _____ bei Klasse 4 Faktor: _____

Religion AN/Eheg: _____ / _____ Familienstand: _____

Freibetrag Monat/Jahr: _____ / _____

3. Angaben zur Sozialversicherung

ich bin in der gesetzlichen KV versichert, wenn ja eigene Mitgliedschaft Familienversicherung

wenn ja, bei Krankenkasse: _____

privat krankenversichert mtl.KV _____ mtl.PV _____ Basis-Beitr. KV/PV _____

ich bin befreit von der RV, weil _____

ich bin befreit von der AV, weil _____

in der PV muss ich keine Zuzahlung tragen, da ich die Elterneigenschaft aufweise bzw. unter 23 Jahre bin

ich bin Rentner, habe Rentenantrag gestellt, Art: _____

4. Weitere Beschäftigungen

Es besteht/bestehen derzeit ein oder mehrere Beschäftigungsverhältnis(se) bei (einem) anderen Arbeitgeber(n)

nein

ja, ich über folgende Beschäftigungen aus:

Beschäftigungsbeginn	Arbeitgeber mit Adresse *	Die weitere Beschäftigung ist
1.		<input type="checkbox"/> geringfügig entlohnt <input type="checkbox"/> mit Eigenanteil zur RV entlohnt <input type="checkbox"/> ohne Eigenanteil zur RV <input type="checkbox"/> nicht geringfügig entlohnt <input type="checkbox"/> bestandsmäßig versicherungspflichtig regelmäßig zwischen 400,01-450 €**
2.		<input type="checkbox"/> geringfügig entlohnt <input type="checkbox"/> mit Eigenanteil zur RV entlohnt <input type="checkbox"/> ohne Eigenanteil zur RV <input type="checkbox"/> nicht geringfügig entlohnt <input type="checkbox"/> bestandsmäßig versicherungspflichtig regelmäßig zwischen 400,01-450 €**
3.		<input type="checkbox"/> geringfügig entlohnt <input type="checkbox"/> mit Eigenanteil zur RV entlohnt <input type="checkbox"/> ohne Eigenanteil zur RV <input type="checkbox"/> nicht geringfügig entlohnt <input type="checkbox"/> bestandsmäßig versicherungspflichtig regelmäßig zwischen 400,01-450 €**

5. Bankdaten

Bankname:

BLZ / BIC:

IBAN:

Erklärung

Ich versichere, dass die vorstehenden Angaben der Wahrheit entsprechen. Ich verpflichte mich, meinem Arbeitgeber alle Änderungen unverzüglich mitzuteilen.

Ort/Datum

Unterschrift

**Freiwillige Selbstauskunft gegenüber dem Arbeitgeber
zur Anzahl der berücksichtigungsfähigen Kinder zur Ermittlung des Beitrages
zur sozialen Pflegeversicherung nach § 55 Abs. 3 SGB XI**

Arbeitgeber: Hardy's FlughafenTransfer&Taxi e.K.

Angaben zur beschäftigten Person:

Name:

Vorname:

Personalnummer: _____

Ich bin kinderlos ja nein --> bei 'nein' ist nachfolgende Angabe zu dem/den Kind/Kindern erforderlich!

Anzahl der berücksichtigungsfähigen Kinder unter 25 Jahren nach § 55 Abs. 3 SGB XI:

Ich versichere folgende Zahl von berücksichtigungsfähigen Kindern mit Stand zum 13.05.2022

	Vorname	Name (falls abweichend)	Geburtsdatum
<input type="checkbox"/> keine Kinder unter 25 Jahren			
<input type="checkbox"/> 1 Kind	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> 2 Kinder	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> 3 Kinder	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> 4 Kinder	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> 5 und mehr Kinder	_____	_____	_____

- Hinweise zu berücksichtigungsfähigen Kindern nach § 55 Abs. 3 SGB XI erhalten Sie bei Ihrer Krankenkasse.
- Bitte geben Sie nur die Anzahl der Kinder BIS zum vollendeten 25. Lebensjahr an. Sollten alle Ihre Kinder bereits das 25. Lebensjahr vollendet haben, kreuzen Sie bitte 'Keine Kinder' unter 25 Jahren an

mitgeteilt werden.

Hinweise:

Es handelt sich um eine freiwillige Selbstauskunft. Sie müssen gar keine Angaben machen oder können einzelne Kinder unberücksichtigt lassen. Es können jedoch bei der Beitragsermittlung ausschließlich die angegebenen Kinder berücksichtigt werden. Hinsichtlich der Kinder, die gemäß Ihrer Angaben berücksichtigt werden sollen, gilt Folgendes:

- **Mitwirkungspflicht:** Nach § 280 Abs. 1 SGB IV sind Beschäftigte dazu verpflichtet, gegenüber dem Arbeitgeber die zur Durchführung des Meldeverfahrens und der Beitragszahlung erforderlichen Angaben zu machen und, soweit erforderlich, dazu notwendige Unterlagen vorzulegen. Dies gilt bei mehreren Beschäftigungen gegenüber allen beteiligten Arbeitgebern. Nach § 111 Abs. 1 Ziffer 4 SGB IV begehen Beschäftigte eine Ordnungswidrigkeit, wenn sie vorsätzlich oder leichtfertig diese Auskünfte nicht richtig, nicht vollständig oder nicht rechtzeitig erteilen oder die erforderlichen Unterlagen nicht vollständig oder nicht rechtzeitig vorlegen. Diese Ordnungswidrigkeit kann gemäß § 111 Abs. 4 SGB IV mit einer Geldbuße bis zu fünftausend Euro geahndet werden. Falsche Angaben stellen zudem eine Verletzung einer arbeitsrechtlichen Pflicht durch die Arbeitnehmerin bzw. den Arbeitnehmer dar und können unter anderem arbeitsrechtliche Konsequenzen nach sich ziehen. Jede Änderung der angegebenen Verhältnisse muss unaufgefordert der Personalabteilung mitgeteilt werden.
- **Datenschutz:** Ihre personenbezogenen Daten werden verarbeitet und gespeichert, soweit und solange dies zur Erfüllung der dem Arbeitgeber obliegenden Aufgaben erforderlich ist. Rechtsgrundlage für die Verarbeitung der personenbezogenen Daten ist Art. 6 Abs. 1 c) DS-GVO (i.V.m. § 55 Abs. 3 SGB XI).

Ich versichere die Hinweise zur Kenntnis genommen und meine Angaben entsprechend gemacht zu haben.

Ort, Datum

Unterschrift beschäftigte Person