

Name, Vorname _____

PLZ Ort _____

Straße _____

Geb.-Datum _____

Fernmündlich zu erreichen unter Ruf-Nummer:

(_____) _____

LBV-Personalnummer

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(Anschrift der Einstellungsdienststelle)

Aktenzeichen: _____

Statuserklärung zur Prüfung der Sozialversicherung und Zusatzversorgung

Zutreffendes bitte ankreuzen. Um Rückfragen und Verzögerungen zu vermeiden, bitte ich Sie alle Punkte zu beantworten.

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 der Deutschen Rentenversicherung (z.B. Bund, Rheinland, Westfalen oder Knappschaft-Bahn-See) durch Übersendung des **Sozialversicherungsausweises** mitgeteilt.

- 1 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, Bulgarien, Dänemark, Estland, Finnland, Frankreich, Griechenland, Großbritannien, Irland, Island, Italien, Lettland, Liechtenstein, Litauen, Luxemburg, Malta, Niederlande, Norwegen, Österreich, Polen, Portugal, Rumänien, Schweden, Slowakei, Slowenien, Spanien, Tschechische Republik, Ungarn und Zypern)
- Versicherungsnummer: _____ Land: _____

B. Krankenversicherung (Angaben zur zuständigen Krankenkasse)

2a Ich bin zurzeit Mitglied folgender gesetzlicher Krankenkasse _____

2b Ich war vor Beginn dieser Beschäftigung in folgender gesetzlicher Krankenkasse versichert _____

Hinweis: Bitte reichen Sie uns oder Ihrer Dienststelle die Mitgliedsbescheinigung Ihrer Krankenkasse (§ 175 SGB V) innerhalb von 2 Wochen nach Beschäftigungsbeginn ein oder bitten Sie Ihre Krankenkasse, diese Bescheinigung direkt an das LBV zu senden. Wenn Sie auf Grund der Beschäftigung der Krankenversicherungspflicht unterliegen und eine Mitgliedsbescheinigung nicht innerhalb von 2 Wochen hier oder in Ihrer Dienststelle einget (entsprechend Punkt 2a), wird das LBV Sie bei der Krankenversicherung anmelden, bei der zuletzt eine Versicherung bestanden hat (entsprechend Punkt 2b). Liegen dem LBV keine Informationen darüber vor, werden Sie bei der Allgemeinen Ortskrankenkasse Rheinland/Hamburg angemeldet. Sie sind dann in der Regel 18 Monate an diese Krankenkasse gebunden (Ausnahme: Sonderkündigungsrechte bei Beitragssatzerhöhungen). Bitte setzen Sie sich daher unbedingt mit einer Krankenkasse Ihrer Wahl in Verbindung.

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

Zusatz für freiw illig 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 Ich bin **familienversichert** bei der _____

6 Ich bin seit _____ bei einem **privaten Krankenversicherungsunternehmen** in einer Krankheitskostenvollversicherung versichert. **Vorher** war ich zuletzt bei folgender gesetzlichen Krankenkasse versichert:

7	<p>Am Stichtag 31. Dezember 2002</p> <p>a) stand ich als Arbeitnehmerin bzw. Arbeitnehmer (nicht als Beamtin bzw. Beamter) in einem Beschäftigungsverhältnis, <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p> <p>b) habe ich ein Einkommen über der Jahresarbeitsentgeltgrenze 2002 (monatlich 3.375 Euro bzw. jährlich 40.500 Euro) bezogen und war deshalb nicht versicherungspflichtig in der gesetzlichen Krankenversicherung, <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p> <p>c) war ich bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen in einer Krankheitskostenvollversicherung versichert. <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p>
8	<p>C. Pflegeversicherung In der sozialen Pflegeversicherung ist von Versicherten ein Beitragszuschlag zu erheben, wenn sie keine Kinder erziehen oder erzo-gen haben.</p> <p>8 <input type="checkbox"/> Ich habe ein leibliches Kind Bitte Nachweise beifügen, z.B. Geburtsurkunde, Urkunde über der Anerkennung oder Feststellung der Vaterschaft etc.</p> <p>9 <input type="checkbox"/> Ich habe (oder habe früher) ein Kind in meinen Haushalt aufgenommen, und zwar</p> <p><input type="checkbox"/> ein Stiefkind Als Nachweise bitte Ihre Heiratsurkunde und die Geburtsurkunde des Kindes sowie eine Melde- bzw. Haushaltsbescheinigung beifügen</p> <p><input type="checkbox"/> ein Pflegekind Als Nachweise bitte Geburtsurkunde des Kindes und eine Melde- bzw. Haushaltsbescheinigung sowie eine Bescheinigung des Jugendamtes über das Pflegeverhältnis beifügen.</p> <p><input type="checkbox"/> ein Geschwisterkind Als Nachweise bitte Geburtsurkunde des Kindes und eine Melde- bzw. Haushaltsbescheinigung beifügen.</p>
10	<p>D. Rentenversicherung</p> <p>Ich bin von der gesetzlichen Rentenversicherungspflicht befreit. <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Bitte Nachweis über Befreiung beifügen (grüne Befreiungskarte im Format DIN A6 oder Durchschrift des Befreiungsbescheides im Format DIN A4).</p> <p>Ich bin Mitglied einer berufsständischen Versorgungs- oder Versicherungseinrichtung <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bei _____ (bitte Mitgliedsurkunde beifügen) Mitglieds-/Versicherungsnummer _____</p> <p>11 Ich bin/war bei der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See (früher „Bundesknappschaft“) versichert. <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, für mich wurden/werden Beiträge zur knappschaftlichen Rentenversicherung der <input type="checkbox"/> Angestellten <input type="checkbox"/> Arbeiter für die Zeit vom _____ bis _____ gezahlt.</p>
12	<p>E. Weitere Beschäftigungen</p> <p>Ich übe <u>gleichzeitig</u> eine weitere nichtselbständige Beschäftigung im <u>In- oder Ausland</u> aus.</p> <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, ... <input type="checkbox"/> in einem privatrechtlichen Arbeitsverhältnis. <input type="checkbox"/> in einem öffentlich-rechtlichen Beamtenverhältnis. Sind Sie in diesem Beamtenverhältnis beurlaubt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, seit _____</p> <p>Die Tätigkeit wird ausgeübt seit _____, ggf. befristet bis _____</p> <p>Name des anderen Arbeitgebers _____</p> <p>Anschrift des anderen Arbeitgebers _____</p> <p>dortiges Aktenzeichen bzw. Personalnummer _____</p> <p>wöchentliche Arbeitszeit _____ Stunden, _____ Tage</p> <p>monatliches Bruttoarbeitsentgelt _____ Euro</p> <p>Besteht während dieser Beschäftigung <u>Versicherungsfreiheit</u> in der gesetzlichen Kranken-/Pflegeversicherung? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, seit _____</p> <p>Erhalten Sie von Ihrem anderen Arbeitgeber Zuschüsse zur freiwilligen Kranken-/Pflegeversicherung? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p> <p>An welche Krankenkasse führt der andere Arbeitgeber die Beiträge zur Renten-/Arbeitslosenversicherung ab? _____</p>

13 Ich übe gleichzeitig eine geringfügige Beschäftigung im In- oder Ausland aus.

nein ja, 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) _____ Anzahl der Arbeitstage je Woche _____

monatliches Bruttoarbeitsentgelt _____

Werden Einmalzahlungen gewährt?

nein ja, in Höhe von insgesamt _____ €jährlich.

14 Ich übe gleichzeitig eine hauptberuflich selbständige Erwerbstätigkeit im In- oder Ausland aus.

nein ja, 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 _____ Euro.

F. Weitere Einkommen

15 Ich beziehe eine Rente oder habe eine Rente beantragt.

nein ja, Rentenart: _____

Versicherungsträger mit Anschrift _____

Versicherungs- oder Versorgungsnummer _____

Krankenversicherung der Rentner bei _____

16 Ich erhalte 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

G. Studium / Praktikum

17 Ich bin Studentin bzw. Student.

nein ja, seit _____ bis voraussichtlich _____

Folgende Fächer werden belegt: _____

Ich strebe folgende Abschlüsse an: _____

Haben Sie bereits eine Hochschulprüfung abgelegt?

nein ja, am _____ im Fach: _____ Abschlussart _____

18 Ich bin 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 und Auszug aus der Studien-/Prüfungsordnung beifügen)

H. Hinweis zu Beschäftigungen im Niedriglohnbereich

- 19 In der Sozialversicherung sind bestimmte Beschäftigungen besonders zu prüfen. Hierbei handelt es sich um
- geringfügig entlohnte Beschäftigungen, bei denen das regelmäßige monatliche Einkommen den Betrag von 400,00 Euro nicht überschreitet (dabei werden jährliche Einmalzahlungen anteilig mit berücksichtigt);
 - kurzfristige Beschäftigungen, die – unabhängig von der Höhe des Einkommens – innerhalb eines Kalenderjahres auf nicht mehr als zwei Monate oder 50 Arbeitstage begrenzt sind;
 - Beschäftigungen innerhalb einer einkommensbezogenen Gleitzone, bei denen das regelmäßige monatliche Einkommen zwischen 400,01 Euro und 800,00 Euro liegt.

Wenn Sie wissen oder vermuten, dass Ihre Beschäftigung einer dieser Kategorien zugerechnet werden kann, füllen Sie bitte auch die „**Statuserklärung für Beschäftigungen im Niedriglohnbereich**“ (Vordruck-Nr. LBV(A)02.NL.2007) aus.

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

- 20 Ich war bereits bei der Versorgungsanstalt des Bundes und der Länder (VBL) oder einer anderen Zusatzversorgungseinrichtung versichert.

nein ja, bei _____

Versicherungsnummer _____

Wurden Beiträge aus einer früheren Zusatzversicherung erstattet?

nein ja

- 21 Ich bin von der Versicherungspflicht in der Zusatzversorgung befreit.

nein ja → Bitte Befreiungsbescheid beifügen.

J. Anlagen

- 22 Folgende Unterlagen füge ich bei:

Mitgliedsbescheinigung der Krankenkasse nach § 175 SGB V

Statuserklärung für Beschäftigungen im Niedriglohnbereich

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 Ihr Entgelt in der zustehenden Höhe berechnen zu können. Ihre Mitwirkungspflicht ergibt sich aus § 28 o des Vierten Buches Sozialgesetzbuch (SGB IV).