

First name, last name	User number	Employee number	
Address	Processor no.	Date of birth	Tel. no.

State Finance Office
 Mecklenburg-Western
 Pomerania
 Earnings Dept.
 Schloßstraße 7
 17235 Neustrelitz

Declaration on reviewing

the freedom or duty to take out insurance in health, pension and unemployment insurance for main employment or secondary employment contracts

This information is subject to the duty to report in accordance with Section 28o SGB IV

Insurance number of the pension insurance institution									
-------------------------------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Name at birth	Place of birth
---------------	----------------

Main employment	Secondary employment ¹⁾
In terms of my employment as	
at following:	I hereby declare the
(Office)	
1. I work in this capacity on _____ day(s) of the week.	
2. In addition to the above-mentioned employment, I also work as follows:	
a) at _____ from _____ to _____ hours per week Gross pay _____ EUR monthly on _____ day(s) of the week, employee or salary and _____ processor no. _____	
as a civil servant yes no	
as a trainee yes no as an employee yes no	
b) at _____ from _____ to _____ hours per week Gross pay _____ EUR monthly on _____ day(s) of the week, employee or salary and _____	
as a civil servant yes no as a trainee yes no	
3. I am registered as a job seeker at the Employment Agency:	
<input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no	
4. I receive unemployment benefit 1, unemployment benefit 2 or maintenance allowance, early retirement severance pay	
<input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no	
5. I do not work professionally as an employee, but rather	
<input type="checkbox"/> Work on parental leave	
<input type="checkbox"/> Housewife <input type="checkbox"/> Pensioner <input type="checkbox"/> Student <input type="checkbox"/> Self-employed and have employees <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no	
<input type="checkbox"/> Student (enclose enrolment certificate), subsequent certificates must be submitted without prompting!	
<input type="checkbox"/> Pensioners with a pension entitlement of _____ % since _____	

For the self-employed only: My monthly income amounts to: _____ EUR gross.

1) You must select one appropriate option

For retirees only:

Since _____ I have received

- Full old-age pension - Statutory age limit not yet
- reached Full old-age pension - Statutory age limit has
- been reached: currently EUR _____

If you switch from an old-age pension to a partial pension or vice versa, please submit a copy of the pension notice without delay.

As a recipient of a full old-age pension after reaching the statutory pension age, I waive the freedom to choose pension insurance in this employment contract.

- yes
- no

I am aware that my decision is binding for the duration of the employment contract and that it is not possible to withdraw.

As a result of the waiver, the compulsory contributions will create an additional pension increase and are taken into account in the pension recalculation as of 1 July of the following year.

For pensioners only: I receive pensions based on the Civil Servants / Armed Forces Act

from _____ to the sum of _____ EUR

Proc. no.: _____ Empl. no.: _____

I am aware that I am obliged to report to this office any income from deployment in the public service.

6. In the 12 months leading up to my current job, I was in paid employment as follows:

a) from _____ to _____ with _____ working hours per week
Gross pay _____ EUR monthly on _____ day(s) of the week, as an employee or civil servant.

b) from _____ to _____ with _____ working hours per week Gross pay _____ EUR
monthly on _____ day(s) of the week.

7. I am a member of a statutory health insurance fund.

- yes, with _____ no

8. I am a member of a private health insurance

- fund. yes, at _____

8a. The insurance policy was in place on 31/12/2002 due to exceeding the annual salary limit. yes, since

- _____ (attach evidence) no

8b. Before that, I was a member of a statutory health insurance fund.

- yes, with _____ no

8c. I am aware that contributions to pension and unemployment insurance will be transferred to a statutory health insurance fund.

As I answered "no" under Point 9b, I choose the following statutory health insurance:

Please inform your employer of this health insurance immediately if you take up further employment.

9. My income is below the maximum limit for this health insurance and I would therefore be compulsorily insured, but I am privately insured. (Exemption from statutory health insurance.)

yes Insurance: _____ no

10. If you answered "no" to Points 8-10:

In accordance with Section 173 SGB V, I choose the statutory health insurance fund Membership must be documented by providing the certificate.

11. I am exempt from the pension insurance obligation for my current job.

yes no

If yes, please attach the current exemption notice.

12. Did you receive five years' contributions paid into the miner's pension scheme before taking up this job?

yes from _____ to _____
 no

13. According to the Children's Consideration Act (KJBG), I have parent, adoptive parent, step-parent or foster parent status.

yes, since (attach copies of supporting documents as evidence) _____ no (there is a contribution supplement for the childless in accordance with Section 55 (3) SGB XI)

Employee declaration:

I hereby declare that the information contained in this form is true. I am aware that this information is used for insurance assessment purposes. I undertake to notify the State Finance Office for Mecklenburg-Western Pomerania without delay of any changes in my above-mentioned circumstances, in particular in the case of further employment.

Zusatz für Rentner:

Seit dem _____ erhalte ich

- Altersvollrente - Regelaltersgrenze noch nicht erreicht
 Altersvollrente - Regelaltersgrenze ist erreicht
 Altersteilrente: sie beträgt z.Zt. _____ EUR

Erfolgt ein Wechsel von einer Altersrente in eine Teilrente und umgekehrt, bitte umgehend eine Kopie des Rentenbescheides einreichen.

Als Bezieher einer Altersvollrente nach Erreichen der Regelaltersrente verzichte ich auf die Rentenversicherungsfreiheit in diesem Beschäftigungsverhältnis.

- ja
 nein

Mir ist bekannt, dass mein Verzicht für die Dauer der Beschäftigung bindend und eine Rücknahme nicht möglich ist.

Durch den Verzicht führen die erhobenen Pflichtbeiträge zu einer zusätzlichen Rentenanwartschaft und werden jeweils zum 01. Juli des Folgejahres in der Renten Neuberechnung rentensteigernd berücksichtigt.

Zusatz für Versorgungsempfänger: Ich erhalte Versorgungsbezüge nach beamten- bzw. soldatenrechtlichen Grundlagen

von _____ in Höhe von _____ EUR

Bearb.-Nr.: _____ Pers.-Nr.: _____

Mir ist bekannt, dass ich verpflichtet bin, dieser Stelle Einkünfte aus einer Verwendung im öffentlichen Dienst anzuzeigen.

6. In den letzten 12 Monaten vor der jetzigen Beschäftigung war ich wie folgt gegen Entgelt beschäftigt:
- a) vom _____ bis _____ bei _____ wö.Arb.Std. _____
Bruttoentgelt _____ EUR mtl. an _____ Tag(en) in der Woche, als Angestellter oder Beamter.
- b) vom _____ bis _____ bei _____ wö.Arb.Std. _____
Bruttoentgelt _____ EUR mtl. an _____ Tag(en) in der Woche.
7. Ich bin Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse.
 ja, und zwar bei der _____ nein
8. Ich bin Mitglied bei einer privaten Krankenkasse.
 ja, und zwar bei der _____
- 8a. Das Versicherungsverhältnis hat am 31.12.2002 wegen Überschreiten der Jahresarbeitsentgeltgrenze bestanden.
 ja, es besteht seit dem _____ (Nachweise beifügen) nein
- 8b. Davor war ich Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse.
 ja, und zwar bei der _____ nein

- 8c. Mir ist bekannt, dass die Beiträge zur Rentenversicherung und Arbeitslosenversicherung an eine gesetzliche Krankenkasse überwiesen werden.

Da der Punkt 9b von mir mit "nein" angekreuzt wurde, wähle ich folgende gesetzliche Krankenkasse:

Bitte die gewählte Krankenkasse bei Aufnahme eines weiteren Beschäftigungsverhältnisses dem jeweiligen Arbeitgeber unverzüglich anzeigen.

9. Mein Einkommen liegt unter der Bemessungsgrenze in der Krankenversicherung und ich wäre somit pflichtversichert in der KV, bin aber privat versichert. (Befreiung von der gesetzlichen Krankenversicherung vorlegen.)

ja Versicherung: _____ nein

10. Wenn Punkt 8 - 10 mit "NEIN" beantwortet:

Ich wähle nach § 173 SGB V die gesetzliche Krankenkasse _____

Die Mitgliedschaft ist durch Bescheinigung zu belegen.

11. Für die jetzt ausgeübte Beschäftigung liegt eine Befreiung von der RV-Pflicht vor.

ja nein

Wenn ja, bitte aktuellen Befreiungsbescheid beifügen.

12. Wurde für Sie vor Aufnahme dieser Beschäftigung fünf Jahre Beiträge zur knappschaftlichen Rentenversicherung gezahlt?

ja vom _____ bis _____

nein

13. Gemäß Kinderberücksichtigungsgesetz (KiBG) liegt eine Eltern-, Adoptiveltern-, Stiefeltern- bzw. Pflegeelterneigenschaft vor.

ja, sie besteht seit dem _____
(Nachweise beifügen, ggf. auch als Kopie)

nein
(es wird ein Beitragszuschlag für Kinderlose gem. § 55 Abs. 3 SGB XI erhoben)

Erklärung des Arbeitnehmers:

Ich versichere, die vorstehenden Angaben wahrheitsgetreu gemacht zu haben. Es ist mir bekannt, dass diese zur versicherungsrechtlichen Beurteilung dienen. Ich verpflichte mich, dem Landesamt für Finanzen M-V alle Änderungen in den oben genannten Verhältnissen, insbesondere bei Aufnahme weiterer Beschäftigungen, unverzüglich mitzuteilen.

Ort, Datum

Unterschrift des Arbeitnehmers

*Zutreffendes bitte ankreuzen oder ausfüllen