

.....
Name, Vorname des Mitarbeiters

1. Haben Sie noch weitere Beschäftigungsverhältnisse bei anderen Arbeitgebern?

☐ ja, weiter mit Frage 2

☐ nein, weiter mit Frage 3

2. Bitte machen Sie Angaben über weitere Beschäftigungsverhältnisse

Beschäftigung als	Beginn der Beschäftigung	Krankenversicherungspflichtig (Ja/ Nein)	Rentenversicherungspflichtig (Ja/ Nein)	Monatliches beitragspflichtiges Entgelt (€)

3. Üben Sie eine freiberufliche, selbständige oder gewerbliche Tätigkeit aus?

☐ ja, weiter mit Frage 4

☐ nein, weiter mit Frage 5

4. Bitte machen Sie Angaben über Ihre freiberufliche, selbständige oder gewerbliche Tätigkeit

Art der Tätigkeit	Beginn der Beschäftigung	Wöchentlicher Zeitaufwand in Std.	Monatlicher Aufwand für die eigenen Arbeitnehmer in €	Jährlicher Gewinn lt. Einkommensteuerbescheid in €

5. Beziehen Sie eine Rente oder vergleichbare Einnahmen z.B. Witwen- oder Waisenrente, Erwerbsminderungsrente, aus einer betrieblichen Altersversorgung oder nach beamtenrechtlichen Grundsätzen?

☐ ja, weiter mit Frage 6

☐ nein

Art der Rente oder Versorgung	Träger oder Zahlstelle	Monatlicher Zahlungsbetrag in €

Ich versichere, dass die gemachten Angaben vollständig sind und den Tatsachen entsprechen.

Ich verpflichte mich, Änderungen in den angegebenen Verhältnissen, insbesondere die Aufnahme weiterer Beschäftigungen, unverzüglich mitzuteilen.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift

Freigabe GF	Geprüft	Bearbeiter	Version	Datum	Seite
Frau Busch	QMB	Frau Kreutzer	QMH 2.0	Oktober 2024	Seite 1 von 1