

Name, Vorname \_\_\_\_\_

PLZ Ort \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_

Geb.-Datum \_\_\_\_\_

Fernmündlich zu erreichen unter Ruf-Nummer:

( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

(Anschrift der Einstellungsdienststelle)

Aktenzeichen: \_\_\_\_\_

LBV-Personalnummer

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

## 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 freiwillig 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: \_\_\_\_\_

<b>7</b>	<p><b>Am Stichtag 31. Dezember 2002</b></p> <p>a) stand ich als Arbeitnehmerin bzw. Arbeitnehmer (<b>nicht</b> 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>
	<p><b>C. Pflegeversicherung</b>  In der sozialen Pflegeversicherung ist von Versicherten ein Beitragszuschlag zu erheben, wenn sie keine Kinder erziehen oder erzo-gen haben.</p> <p><b>8</b>    <input type="checkbox"/> <b>Ich habe ein leibliches Kind</b>  Bitte Nachweise beifügen, z.B. Geburtsurkunde, Urkunde über der Anerkennung oder Feststellung der Vaterschaft etc.</p> <p><b>9</b>    <input type="checkbox"/> <b>Ich habe (oder habe früher) ein Kind in meinen Haushalt aufgenommen, und zwar</b></p> <p><input type="checkbox"/> ein <b>Stiefkind</b>  Als Nachweise bitte Ihre Heiratsurkunde und die Geburtsurkunde des Kindes sowie eine Melde- bzw. Haushaltsbescheinigung beifügen</p> <p><input type="checkbox"/> ein <b>Pflegekind</b>  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 <b>Geschwisterkind</b>  Als Nachweise bitte Geburtsurkunde des Kindes und eine Melde- bzw. Haushaltsbescheinigung beifügen.</p>
	<p><b>D. Rentenversicherung</b></p> <p><b>10</b> <b>Ich bin für diese Beschäftigung von der gesetzlichen Rentenversicherungspflicht befreit.</b>  <input type="checkbox"/> nein      <input type="checkbox"/> ja      Bitte Befreiungsbescheid der Deutschen Rentenversicherung für dieses Beschäftigungsverhältnis vorlegen.</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><b>11</b> <b>Ich bin/war bei der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See (früher „Bundesknappschaft“) versichert.</b>  <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>
	<p><b>E. Weitere Beschäftigungen</b></p> <p><b>12</b> <b>Ich übe <u>gleichzeitig</u> eine weitere nichtselbständige Beschäftigung im <u>In- oder Ausland</u> aus.</b>  <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 _____  Name des anderen Arbeitgebers _____  Anschrift des anderen Arbeitgebers _____  dortiges Aktenzeichen bzw. Personalnummer _____  wöchentliche Arbeitszeit _____ Stunden, _____ Tage  monatliches Bruttoarbeitsentgelt _____ EUR  Besteht während dieser Beschäftigung Versicherungs<u>freiheit</u> in der gesetzlichen Kranken-/Pflegeversicherung?  <input type="checkbox"/> nein      <input type="checkbox"/> ja, seit _____  Erhalten Sie von Ihrem anderen Arbeitgeber Zuschüsse zur freiwilligen Kranken-/Pflegeversicherung?  <input type="checkbox"/> nein      <input type="checkbox"/> ja  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 \_\_\_\_\_ EUR jährlich.

**14 Ich übe gleichzeitig eine selbständige Erwerbstätigkeit im In- oder Ausland aus.**  
 nein  ja, seit \_\_\_\_\_  hauptberuflich  nebenberuflich  
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 \_\_\_\_\_ EUR.

**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 \_\_\_\_\_ 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 450,00 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 450,01 EUR und 850,00 EUR 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" 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).