

3.	Pflegeversicherung														
3.1	<p>In der sozialen Pflegeversicherung ist von Versicherten ein Beitragszuschlag zu erheben, wenn sie das 23. Lebensjahr vollendet haben und <u>keine</u> Kinder erziehen oder erzo-gen haben.</p> <p><input type="checkbox"/> Es liegt eine Elterneigenschaft in meiner Person vor (bitte Nachweise beifügen, siehe 3.3).</p> <p><input type="checkbox"/> Die Elterneigenschaft liegt in meiner Person <u>nicht</u> vor (weiter bei Punkt 4).</p>														
3.2	<p>In der sozialen Pflegeversicherung werden Versicherte mit <u>mehreren Kindern</u> ab dem zweiten bis zum fünften Kind mit einem Beitrags<u>abs</u>schlag in Höhe von 0,25 Beitragsatzpunkten für jedes Kind entlastet. Bei der Ermittlung des Beitragsabschlags <u>nicht</u> berücksichtigungsfähig sind Kinder, die das 25. Lebensjahr vollendet haben.</p> <p>Angabe/n des/der Kindes/r, das/die das 25. Lebensjahr noch nicht vollendet hat/haben oder noch nicht vollendet hätte/n (Beitragsentlastung für Versicherte mit zwei oder mehreren Kindern):</p> <table border="1" data-bbox="316 566 1525 875"> <thead> <tr> <th data-bbox="316 566 1034 607">Name, Vorname des Kindes</th> <th data-bbox="1034 566 1525 607">Geburtsdatum des Kindes</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>	Name, Vorname des Kindes	Geburtsdatum des Kindes												
Name, Vorname des Kindes	Geburtsdatum des Kindes														
3.3	<p>Der Nachweis meiner Angaben wird mit folgenden beigefügten Unterlagen erbracht:</p> <p><input type="checkbox"/> Leibliche/s Kind/er Geburtsurkunde <u>oder</u> Abstammungsurkunde <u>oder</u> Auszug aus dem Familienbuch, etc.</p> <p><input type="checkbox"/> Adoptivkind/er Adoptionsurkunde</p> <p><input type="checkbox"/> Stiefkind/er Heiratsurkunde oder Eintragung Lebenspartnerschaft mit dem Nachweis des Kindes des (Ehe)partners <u>und</u> Melde- bzw. Haushaltsbescheinigung des Kindes</p> <p><input type="checkbox"/> Pflegekind/er Bescheinigung des Jugendamtes über das Pflegeverhältnis <u>und</u> Melde- bzw. Haushaltsbescheinigung des Kindes</p> <p>Weitere beweiskräftige Unterlage(n): _____</p>														
4.	Rentenversicherung/berufsständische Versorgungs- oder Versicherungseinrichtung														
	<p>In der gesetzlichen Rentenversicherung ist die Befreiung von der Versicherungspflicht zugunsten einer berufsständischen Versorgungseinrichtung möglich. Der Antrag auf Befreiung ist für jedes Beschäftigungsverhältnis erneut (auch bei Weiterbeschäftigung, Beschäftigungswechsel beim selben Arbeitgeber) bei der zuständigen Versorgungseinrichtung von der/dem Beschäftigten zu stellen.</p> <p>Bitte beachten Sie die Antragsfristen gem. § 6 Abs. 4 SGB VI.</p> <p>Ich bin Mitglied einer berufsständischen Versorgungs- oder Versicherungseinrichtung</p> <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bei _____ (bitte Mitgliedsurkunde beifügen)</p> <p>Bis zur Vorlage des Befreiungsbescheides werden die Rentenversicherungsbeiträge an die gesetzliche Rentenversicherung abgeführt. Nach Eingang des Befreiungsbescheides wird die Befreiung zeitgenau (rückwirkend) umgesetzt.</p>														

5.	Zusatzversorgung								
5.1	<p>Ich bin bereits bei der Versorgungsanstalt des Bundes und der Länder (VBL), bei einer kommunalen kirchlichen oder sonstigen Zusatzversorgungseinrichtung versichert worden oder fiel während einer Beschäftigung unter den Geltungsbereich des Bremischen Ruhelohngesetzes.</p> <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 33%;">Bezeichnung der Versorgungseinrichtung</th> <th style="width: 33%;">Versicherungsnummer</th> <th style="width: 17%;">Zeitraum der Versicherung</th> <th style="width: 17%;">Arbeitgeber</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="height: 30px;"></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>Falls Sie bei einer Versorgungseinrichtung versichert waren, von der die Versicherung aufgrund einer Überleitungsvereinbarung zur VBL übergeleitet werden kann, sind Sie nach § 4 Abs. 1 Tarifvertrag Altersversorgung (ATV) verpflichtet, die Überleitung der Versicherung auf die VBL zu beantragen, sobald die Versicherungspflicht zur zusätzlichen Versicherung bei der VBL aufgrund des neuen Arbeitsverhältnisses eintritt.</p>	Bezeichnung der Versorgungseinrichtung	Versicherungsnummer	Zeitraum der Versicherung	Arbeitgeber				
Bezeichnung der Versorgungseinrichtung	Versicherungsnummer	Zeitraum der Versicherung	Arbeitgeber						
5.2	<p>Ich habe aus einem Beamtenverhältnis bereits eine Anwartschaft oder einen Anspruch auf lebenslängliche Versorgung mindestens in Höhe der beamtenrechtlichen Mindestversorgungsbezüge erlangt.</p> <p><input type="checkbox"/> nein</p> <p><input type="checkbox"/> ja (bitte Gewährleistungsbescheid und Nachweis über Beihilfeanspruch beifügen)</p>								
6.	Studenten								
6.1	<p>Ich bin zurzeit ordentliche/r Studierende/r an einer Universität, Hochschule, Fachschule oder einer sonstigen der wissenschaftlichen oder fachlichen Ausbildung dienenden Schule.</p> <p><input type="checkbox"/> nein (weiter mit Punkt 7.)</p> <p><input type="checkbox"/> ja (bitte Immatrikulationsbescheinigung beifügen; weiter mit Punkt 6.2)</p>								
6.2	<p>Ich habe bereits ein Abschlussexamen abgelegt.</p> <p><input type="checkbox"/> nein</p> <p><input type="checkbox"/> ja, Bachelor Datum des Abschlusses: _____ (bitte Kopie des Abschlusszeugnisses beifügen)</p> <p><input type="checkbox"/> ja, Master Datum des Abschlusses: _____ (bitte Kopie des Abschlusszeugnisses beifügen)</p>								
6.2	<p>Die Immatrikulation ist nur zum Zweck der Promotion erfolgt.</p> <p><input type="checkbox"/> ja (falls zutreffend, bitte ankreuzen)</p>								
7.	Weitere Beschäftigungen								
7.1	<p>Ich war im laufenden Kalenderjahr kurzfristig gegen Entgelt tätig. (Tätigkeit ist auf drei Monate bzw. 70 Arbeitstage im Kalenderjahr begrenzt.)</p> <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (bitte genaue Angaben in der Tabelle auf Seite 4 machen)</p> <p>Ich übe <u>gleichzeitig</u> eine weitere nicht selbständige Tätigkeit im In- oder Ausland aus.</p> <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, in einem privatrechtlichen Arbeitsverhältnis</p> <p style="padding-left: 100px;"><input type="checkbox"/> ja, in einem öffentlich-rechtlichen Beamtenverhältnis</p>								

Bei dieser weiteren nicht selbständigen Beschäftigung handelt es sich um eine Hauptbeschäftigung (**H**), eine geringfügige Beschäftigung (**G**) bzw. um eine kurzfristige Beschäftigung (**K**):

Beschäftigungszeitraum	Arbeitgebername und -anschrift	Wöchentl. Arbeitszeit	Regelmäßiges monatliches Bruttoentgelt	Art (H,G,K) der Beschäftigung
Nr. 1				
Nr. 2				
Nr. 3				

Bitte fügen Sie zu JEDER weiteren Beschäftigung eine Kopie der Verdienstabrechnung bei!

Für diese Beschäftigung/en gilt/gelten folgende/s Versicherungsverhältnis/se:

Bitte geben Sie den 1-stelligen Beitragsgruppenschlüssel und den Personengruppenschlüssel in der nachfolgenden Tabelle an; die Angaben können Sie Ihrem Meldenachweis zur Sozialversicherung (z.B. DEÜV-Meldung) oder auch Ihrer Verdienstabrechnung entnehmen.

Abkürzungen:

KV = Krankenversicherung, RV = Rentenversicherung, AV = Arbeitslosenversicherung, PV = Pflegeversicherung und PGS = Personengruppenschlüssel

Beschäftigungszeitraum	KV	RV	AV	PV	PGS
Zu Nr. 1					
Zu Nr. 2					
Zu Nr. 3					

Ich erhalte von meinem anderen Arbeitgeber Zuschüsse zur freiwilligen Kranken-/ Pflegeversicherung.

- nein
 ja

7.2

Ich habe bis unmittelbar vor Beginn dieses Beschäftigungsverhältnisses Leistungen nach den Sozialgesetzbüchern II oder III (z. B. Arbeitslosengeld I oder Bürgergeld) bezogen und/oder war bis dahin bei der Agentur für Arbeit als Arbeitssuchende/r gemeldet.

- nein
 ja

7.3

Ich übe die jetzige Tätigkeit während des Bundesfreiwilligendienstes aus.

- nein
 ja

7.4

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

- nein
 ja, seit _____ mit einer wöchentlichen Arbeitszeit von _____ Stunden.

8.	Weitere Einkommen
	<p>Ich beziehe eine Rente oder habe eine Rente beantragt.</p> <p><input type="checkbox"/> nein</p> <p><input type="checkbox"/> ja, Rentenart: _____ (bitte Kopie der 1. Seite des Rentenbescheides beifügen)</p> <p>Ich erhalte Versorgungs- oder Hinterbliebenenbezüge nach beamtenrechtlichen Grundsätzen bzw. kirchenrechtlichen Vorschriften oder nach den Regelungen einer berufsständischen Versorgungseinrichtung?</p> <p><input type="checkbox"/> nein</p> <p><input type="checkbox"/> ja, seit _____ (Bitte Nachweis beifügen)</p>
9.	Unbezahlter Sonderurlaub/Elternzeit
	<p>Ich übe die jetzige Beschäftigung während der Dauer eines unbezahlten Sonderurlaubs oder während der Elternzeit aus.</p> <p><input type="checkbox"/> nein</p> <p><input type="checkbox"/> Unbezahlter Sonderurlaub</p> <p><input type="checkbox"/> Elternzeit</p> <p>Ich bin nachweislich aus einem bestehenden Beamtenverhältnis beurlaubt:</p> <p><input type="checkbox"/> nein</p> <p><input type="checkbox"/> ja, Dienstherr: _____</p>
10.	Anlagen
	<p>Folgende Unterlagen füge ich bei:</p> <p><input type="checkbox"/> Kopie(n) der Urkunde(n) und/oder Bescheinigung(en) zur Pflegeversicherung (Anlagen zu Punkt 3)</p> <p><input type="checkbox"/> Immatrikulationsbescheinigung</p> <p><input type="checkbox"/> Mitgliedsbescheinigung der berufsständischen Versorgungseinrichtung</p> <p><input type="checkbox"/> Meldenachweis zur Sozialversicherung, Verdienstabrechnung etc. (Anlagen zu Punkt 7)</p> <p><input type="checkbox"/> Gewährleistungsbescheid/Nachweis über Zahlung von Beihilfe</p> <p><input type="checkbox"/> Zusätzliche Erklärung</p> <p>_____</p>
<p>Ich versichere, dass meine Angaben vollständig und richtig sind.</p> <p>Mir ist bekannt, dass ich verpflichtet bin, jede Änderung in den vorstehend dargelegten Verhältnissen – insbesondere die Aufnahme weiterer Beschäftigungen - an Performa Nord, A 1 bzw. A 4 <u>sofort</u> anzuzeigen und dass ich alle Bezüge, die ich infolge unterlassener, verspäteter oder fehlerhafter Meldung zuviel erhalten habe, zurückzahlen muss.</p> <p>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.</p>	
Ort, Datum, Unterschrift	
<p>Hinweis: Es handelt sich hierbei um die Erhebung personenbezogener Daten. Die Angaben sind erforderlich, um die Versicherungspflicht bzw. Versicherungsfreiheit entsprechend der gesetzlichen Bestimmungen zu beurteilen. Rechtsgrundlagen: § 28o Abs. 1 SGB IV, Art. 6 Abs. 1 S. 1 Buchstaben b) und c) DSGVO, Art. 9 Abs. 2 Buchstabe b) DSGVO, Art. 88 Abs. 1 DSGVO i. V. mit dem Kinder-Berücksichtigungsgesetz, GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG).</p> <p>Weitere Informationen über die Verarbeitung im Rahmen der Entgeltabrechnung und Ihre Rechte bei der Verarbeitung Ihrer Daten erhalten Sie im Internet unter https://www.performanord.org/impressum/datenschutzerklaerung-3531.</p>	