

Anfrage über Einkommensverhältnisse

Datenschutzhinweis: Die Erhebung der Daten beruht auf § 240 SGB V ggf. in Verbindung mit § 238 a bzw. § 239 SGB V und für die Pflegeversicherung auf §§ 57 und 58 SGB XI und ist zur rechtmäßigen Erfüllung unserer Aufgaben erforderlich. Zur Mitteilung der erfragten Daten sind Sie nach § 206 SGB V bzw. § 50 SGB XI verpflichtet. Die Angaben zur Telefon-Nummer sind freiwillig.

Zeilenmaß für Schreibmaschinen 1-fach

Angaben zur Person

Name, Vorname Anschrift

Familienstand ledig verheiratet verwitwet Lebenspartnerschaft geschieden getrennt lebend

Geb.-Datum/Krankenvers.-Nr.

Mitversicherte Angehörige

keine Kinder Ehegatte/Lebenspartner Ehegatte/Lebenspartner ist selbst krankenversichert

wenn ja, wieviel? ist nicht selbst krankenversichert bei

monatl. Einkommen brutto EUR DM

Angaben zur Tätigkeit/Beschäftigung

Art der Tätigkeit selbstständig als Arbeitnehmer Beamter Soldat auf Zeit Berufssoldat Rentner Rentenantragsteller Pensionär, Altenteiler Sozialhilfeempfänger nicht erwerbstätig Schüler, Student Hausfrau/-mann ohne eigenes Einkommen (Die Einnahmen des Ehegatten/Lebenspartner sind unter den Ziffern 1. bis 9. anzugeben.) mithelfender Familienangehöriger (ohne Vergütung) Tätigkeit des Ehegatten

Anzahl der regelmäßig im Betrieb beschäftigten Arbeitnehmer – ohne Auszubildende –

Arbeitgeber

Dienstherr

Dienstbezeichnung

Angaben zu den Einnahmen

Meine monatlichen/jährlichen Einnahmen übersteigen die Beitragsbemessungsgrenze(n). Eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung beziehe ich nicht. (Die nachfolgenden Felder – Ziffer 1 bis 10 – brauchen Sie nicht mehr auszufüllen.)

Art	monatlich		jährlich		Bruttobetrag	
	EUR	DM	EUR	DM	EUR	DM
1. aus selbstständiger Tätigkeit gemäß dem letzten Einkommensteuerbescheid ① (Der letzte Einkommensteuerbescheid ist – mit der Bitte um Rückgabe – beigefügt)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2. aus einer Beschäftigung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3. Rente(n) <input type="text"/> Art und Aktenzeichen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4. Versorgungsbezüge ② <input type="text"/> Anschrift der Zahlstelle sowie Aktenzeichen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5. Mieten, Pachteinnahmen, Zinsen ③	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
6. Sozialhilfe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
7. Unterhalt des früheren Ehegatten/Lebenspartner, der Eltern usw.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
8. Sonstige Einnahmen/Geldmittel <input type="text"/> Art	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
9. Ich erwarte Versorgungsbezüge ② <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein voraussichtlich ab *) von welcher Stelle?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
*) Sobald ich den Zuerkennungsbescheid erhalten habe, verständige ich Sie.						
10. Wenn ohne Einnahmen/Geldmittel: Mein Lebensunterhalt wird sichergestellt durch <input type="text"/>	in Höhe von monatlich EUR <input type="text"/>					

Datenschutzhinweis: Die Erhebung der Daten beruht auf § 240 SGB V ggf. in Verbindung mit § 238 a bzw. § 239 SGB V und für die Pflegeversicherung auf §§ 57 und 58 SGB XI und ist zur rechtmäßigen Erfüllung unserer Aufgaben erforderlich. Zur Mitteilung der erfragten Daten sind Sie nach § 206 SGB V bzw. § 50 SGB XI verpflichtet. Die Angaben zur Telefon-Nummer sind freiwillig. Der bei uns errichteten Pflegekasse haben wir die für die Aufgabenerfüllung erforderlichen Daten gemäß § 50 Abs. 5 SGB XI zur Verfügung zu stellen.

- ① Zu übernehmen ist der im Steuerbescheid ausgewiesene Gewinn.
- ② z.B. Pension(en), Betriebsrente(n), Zusatzrente(n), Rente(n) der landwirtschaftlichen Alterskassen usw.
- ③ Bei den Einnahmen sind die Werbungskosten abzusetzen. Sonderabschreibungen und Abschreibungen nach § 7 Abs. 1 i.V.m. Abs. 4 ff. EStG sind ebenso unberücksichtigt zu lassen wie Sparerfreibeträge.

Datum Telefon-Nr. Unterschrift

X