

# GERINGFÜGIGE BESCHÄFTIGUNG

## Fragebogen zur versicherungsrechtlichen Beurteilung

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Anschrift (Straße, PLZ, Ort): \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Versicherungsnummer: \_\_\_\_\_

Schüler (Schulbescheinigung beifügen)       Student (Immatrikulationsbescheinigung beifügen)       Hausfrau

Rentner      Rentenart: \_\_\_\_\_      seit: \_\_\_\_\_

Arbeitsloser, Bezieher von Leistungen nach dem Arbeitsförderungsgesetz (Arbeitslosengeld, -hilfe, Unterhalt)

Arbeitsamt: \_\_\_\_\_      Stamm-Nr.: \_\_\_\_\_

Arbeitsloser ohne Leistungsbezug      letztes Beschäftigungsverhältnis bei Firma: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_      bis: \_\_\_\_\_

zuständige Krankenkasse: \_\_\_\_\_      in: \_\_\_\_\_

Selbstständiger      Branche: \_\_\_\_\_      seit: \_\_\_\_\_

Arbeitnehmer      Name der Firma: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_      seit: \_\_\_\_\_

zuständige Krankenkasse: \_\_\_\_\_      in: \_\_\_\_\_

## Bei angestrebter geringfügig entlohnter Beschäftigung

Weitere Aushilfsbeschäftigungen (wenn ja bitte ankreuzen und Zuständiges ausfüllen)

Firma: \_\_\_\_\_ in: \_\_\_\_\_ seit: \_\_\_\_\_ Std./Wo.: \_\_\_\_\_ ♂ / Mo.: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ in: \_\_\_\_\_ seit: \_\_\_\_\_ Std./Wo.: \_\_\_\_\_ ♂ / Mo.: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ in: \_\_\_\_\_ seit: \_\_\_\_\_ Std./Wo.: \_\_\_\_\_ ♂ / Mo.: \_\_\_\_\_

## Bei angestrebter kurzzeitiger Beschäftigung

Andere Beschäftigungen in den letzten Monaten (wenn ja bitte ankreuzen und Zuständiges ausfüllen)

Firma: \_\_\_\_\_ in: \_\_\_\_\_ seit: \_\_\_\_\_ Std./Wo.: \_\_\_\_\_ ♂ / Mo.: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ in: \_\_\_\_\_ seit: \_\_\_\_\_ Std./Wo.: \_\_\_\_\_ ♂ / Mo.: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ in: \_\_\_\_\_ seit: \_\_\_\_\_ Std./Wo.: \_\_\_\_\_ ♂ / Mo.: \_\_\_\_\_

Nach Beendigung dieser Beschäftigung werde ich weiterhin dem Arbeitsmarkt zur Verfügung stehen und mich um andere Beschäftigungen bemühen

Ich versichere, diese Angaben wahrheitsgemäß gemacht zu haben. Jede Änderung, insbesondere die Aufnahme einer weiteren Beschäftigung, werde ich unverzüglich mitteilen. Bei unwahren Angaben oder Verletzungen meiner Anzeigepflicht erkläre ich mich bereit, die vom Sozialversicherungsträger nachgeforderten Beträge zu erstatten.

Ort, Datum: \_\_\_\_\_ Stempel und Unterschrift: \_\_\_\_\_