

Eingangsstempel

V027

Antrag auf Feststellung des sozialversicherungsrechtlichen Status

Hinweis: Das Statusfeststellungsverfahren dient der Klärung der Frage, ob eine Beschäftigung vorliegt, die zur Versicherungspflicht in den einzelnen Zweigen der Sozialversicherung führt. Um über diese Frage entscheiden zu können, benötigen wir aufgrund des Vierten Buches des Sozialgesetzbuches - Gemeinsame Vorschriften für die Sozialversicherung (SGB IV) - von Ihnen einige wichtige Informationen und Unterlagen. Wir möchten Sie deshalb bitten, die gestellten Fragen vollständig zu beantworten und uns die erbetenen Unterlagen möglichst umgehend zu überlassen. Ihre Mithilfe erleichtert uns eine rasche Erledigung Ihrer Angelegenheiten.

In welchem Umfang Ihre Mithilfe benötigt wird, ergibt sich aus § 28o Absatz 2 SGB IV, § 196 Absatz 1 des Sechsten Buches des Sozialgesetzbuches - Gesetzliche Rentenversicherung - und § 98 Absatz 1 des Zehnten Buches des Sozialgesetzbuches - Sozialverfahren und Sozialdatenschutz -. Danach sind Sie verpflichtet, alle Tatsachen anzugeben und uns die notwendigen Urkunden und sonstigen Beweismittel zur Verfügung zu stellen. Weitere Informationen können Sie den Erläuterungen zum Antrag auf Feststellung des sozialversicherungsrechtlichen Status entnehmen.

Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)
---------------------	------------------------------

1 Angaben zum Auftragnehmer

1.1 Persönliche Angaben	
Name	Vornamen (Rufname bitte unterstreichen)
Geburtsname	frühere Namen
Geburtsdatum	Geschlecht weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/>
Staatsangehörigkeit (gegebenenfalls frühere Staatsangehörigkeit bis)	
Geburtsort (Kreis, Land)	
Straße, Hausnummer	
Postleitzahl	Wohnort

Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)
---------------------	------------------------------

telefonisch tagsüber zu erreichen (Angabe freiwillig)

Telefax, E-Mail (Angabe freiwillig)

1.2 Sind Sie beziehungsweise waren Sie bei einer **gesetzlichen** Krankenkasse versichert?

nein

ja bitte Namen und Anschrift der **gesetzlichen** Krankenkasse angeben, bei der Sie versichert sind beziehungsweise zuletzt versichert waren

1.3 Haben Sie zur Ausübung Ihrer Tätigkeit eine Gesellschaft gegründet oder sind Sie an einer Gesellschaft beteiligt?

nein

ja bitte Namen und Gesellschaftsform (zum Beispiel GmbH, Limited, KG, Praxisgemeinschaft, Partnerschaftsgesellschaft, GbR) angeben

Bitte Gesellschaftsvertrag in Kopie beifügen. Sofern Sie Gesellschafter-Geschäftsführer, Fremdgeschäftsführer oder mitarbeitender Gesellschafter einer GmbH oder Geschäftsführer einer Familien-GmbH sind, bitte die "Anlage zum Statusfeststellungsantrag für Gesellschafter / Geschäftsführer einer GmbH" (Vordruck **C0032**) beifügen.

1.4 Sind Sie Mitglied des Vorstandes einer Aktiengesellschaft?

nein

ja bitte Namen der Aktiengesellschaft angeben

1.5 Beschäftigen Sie im Zusammenhang mit der zu beurteilenden Tätigkeit eigene Arbeitnehmer / Auszubildende?

nein

ja bitte Betriebsnummer angeben und Arbeitsverträge in Kopie beifügen

1.6 Beziehen oder bezogen Sie für die zu beurteilende Tätigkeit einen Existenzgründungszuschuss oder einen Gründungszuschuss von der Agentur für Arbeit?

nein

ja bitte Zeitraum angeben und sämtliche Bescheide der Agentur für Arbeit in Kopie beifügen

Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)
---------------------	------------------------------

1.7 Sind Sie mit Ihrem Auftraggeber verheiratet, verwandt oder verschwägert oder besteht eine Eingetragene Lebenspartnerschaft oder eine sonstige Familienzugehörigkeit (siehe Erläuterungen)?

nein

ja bitte die "Anlage zum Statusfeststellungsantrag für mitarbeitende Angehörige" (Vordruck **C0033**) beifügen

1.8 Sind Sie für mehrere Auftraggeber tätig?

nein

ja bitte Namen und Adressen der Auftraggeber angeben

1.9 Sind Sie neben dem zu beurteilenden Vertragsverhältnis selbständig tätig und stellt das Arbeitseinkommen aus dieser Tätigkeit den überwiegenden Teil Ihres Gesamteinkommens dar?

nein

ja

1.10 Waren Sie am 31.12.1991 im Beitrittsgebiet versicherungspflichtig selbständig tätig und sind Sie nach § 20 des Gesetzes über die Sozialversicherung von der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung befreit worden?

nein

ja

1.11 Sind Sie einschließlich der zu beurteilenden Tätigkeit im Kalenderjahr mehr als 50 Arbeitstage beziehungsweise mehr als 2 Monate abhängig beschäftigt oder ist bereits heute abzusehen, dass Sie dies in diesem Umfang sein werden?

nein

ja bitte weiter bei Ziffer 1.13

1.12 Sind Sie als Arbeitsuchender bei der Bundesagentur für Arbeit gemeldet?

nein

ja

1.13 Übersteigt das monatliche Arbeitsentgelt / Arbeitseinkommen aus der zu beurteilenden Tätigkeit regelmäßig 400 EUR?

nein

ja bitte weiter bei Ziffer 1.17

Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)
---------------------	------------------------------

1.14 Üben Sie neben der zu beurteilenden Tätigkeit weitere abhängige Beschäftigungen aus?

nein bitte weiter bei Ziffer 1.21

ja bitte für jede Beschäftigung die Höhe des monatlichen Arbeitsentgelts angeben

Arbeitsentgelt aus **1.** weiterer Beschäftigung

bis 400 EUR _____

mehr als 400 EUR

Arbeitsentgelt aus **2.** weiterer Beschäftigung

bis 400 EUR _____

mehr als 400 EUR

Arbeitsentgelt aus **3.** weiterer Beschäftigung

bis 400 EUR _____

mehr als 400 EUR

1.15 Haben Sie in der / den unter Ziffer 1.14 angegebenen Beschäftigung / Beschäftigungen auf die Rentenversicherungsfreiheit wegen Geringfügigkeit verzichtet?

nein

ja

1.16 Erzielen Sie aus der / den unter Ziffer 1.14 angegebenen Beschäftigung / Beschäftigungen und der zu beurteilenden Tätigkeit zusammen mehr als 400 EUR im Monat?

nein bitte weiter bei Ziffer 1.21

ja

1.17 Wird Ihr regelmäßiges Jahresarbeitsentgelt aus abhängiger Beschäftigung voraussichtlich die Jahresarbeitsentgeltgrenze (2011: 49.500 EUR) übersteigen?

nein bitte weiter bei Ziffer 1.19

ja

1.18 Haben Ihre regelmäßigen Jahresarbeitsentgelte aus abhängigen Beschäftigungen in den letzten 3 Kalenderjahren die Jahresarbeitsentgeltgrenze (2008: 48.150 EUR; 2009: 48.600 EUR; 2010: 49.950 EUR) durchgängig überschritten?

nein

ja bitte weiter bei Ziffer 1.22

Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)
---------------------	------------------------------

1.19 Waren Sie am 31.12.2002 wegen Überschreitens der Jahresarbeitsentgeltgrenze privat krankenversichert und bestand dieser Sachverhalt bis zur Aufnahme der zu beurteilenden Tätigkeit unverändert fort?

nein

ja bitte weiter bei Ziffer 1.22

1.20 Sind Sie im Zusammenhang mit der Änderung der Jahresarbeitsentgeltgrenze oder aus sonstigen Gründen von der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung befreit worden?

nein

ja bitte Befreiungsbescheid in Kopie beifügen

1.21 Sind Sie Schüler an einer allgemeinbildenden Schule?

nein

ja bitte weiter bei Ziffer 2

1.22 Sind Sie als ordentlich Studierender an einer Hochschule oder einer Fachschule immatrikuliert?

nein

ja bitte derzeitiges Fachsemester angeben

_____ bitte weiter bei Ziffer 1.27

Bitte nur ausfüllen, wenn Sie das 55. Lebensjahr vollendet haben, sonst weiter bei Ziffer 1.27:

1.23 Waren Sie in den letzten 5 Jahren vor Aufnahme der zu beurteilenden Tätigkeit in der gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversichert, freiwillig versichert oder familienversichert?

nein

ja bitte weiter bei Ziffer 1.26

1.24 Waren Sie innerhalb dieser 5 Jahre mindestens die Hälfte der Zeit (2 Jahre und 6 Monate) krankenversicherungsfrei, von der Krankenversicherung befreit oder hauptberuflich selbständig tätig?

nein

ja bitte weiter bei Ziffer 1.26

1.25 Erfüllt Ihr Ehegatte / Lebenspartner die in Ziffer 1.24 genannten Voraussetzungen?

nein

ja

Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)
---------------------	------------------------------

Bitte nur ausfüllen, wenn Sie das 65. Lebensjahr vollendet haben:

1.26 Waren Sie bis zum Erreichen des 65. Lebensjahres in der gesetzlichen Rentenversicherung nicht versichert oder - wenn Sie versichert waren - haben Sie nach Erreichen des 65. Lebensjahres eine Beitragserstattung aus Ihrer Versicherung erhalten?

nein

ja

1.27 Üben Sie neben der zu beurteilenden Tätigkeit eine Beschäftigung aus, in der nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Krankheit Anspruch auf Fortzahlung der Bezüge und auf Beihilfe oder Heilfürsorge besteht?

nein

ja

1.28 Beziehen Sie eine der nachfolgenden Leistungen?

Rente wegen voller Erwerbsminderung aus der gesetzlichen Rentenversicherung

nein

ja

Versorgung nach beamtenrechtlichen Grundsätzen mit beamtenrechtlichem Beihilfeanspruch

nein

ja

Altersvollrente aus der gesetzlichen Rentenversicherung

nein

ja

Versorgung nach Erreichen einer Altersgrenze nach beamtenrechtlichen Vorschriften beziehungsweise kirchenrechtlichen Regelungen

nein

ja

Versorgung nach Erreichen einer Altersgrenze aus einer berufsständischen Versorgungseinrichtung

nein

ja

gemeinschaftsübliche Altersversorgung als satzungsmäßiges Mitglied einer geistlichen Genossenschaft, als Diakonisse oder als Angehöriger einer ähnlichen Gemeinschaft

nein

ja

Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)
---------------------	------------------------------

noch Ziffer **1.28**

Arbeitslosengeld I

nein

ja

2 Angaben zum Auftraggeber zu dem das zu klärende Auftragsverhältnis besteht

2.1 Angaben zum Auftraggeber	
Firmenname, Name, Vorname des Inhabers	
Betriebsnummer	
Firmenadresse (Straße, Hausnummer)	
Postleitzahl	Ort
Telefon (Angabe freiwillig)	
Telefax, E-Mail (Angabe freiwillig)	
2.2 Wurde eine Betriebsprüfung durchgeführt beziehungsweise ist eine Betriebsprüfung terminiert (beachte Erläuterungen)?	
nein <input type="checkbox"/>	
ja <input type="checkbox"/> Datum der Prüfung	
<hr/> Prüfungszeitraum	
<hr/> Sozialversicherungsträger	
2.3 Sofern der Auftragnehmer angegeben hat, dass er Mitglied des Vorstandes einer Aktiengesellschaft ist (siehe Ziffer 1.4): Sind Ihr Unternehmen und die Aktiengesellschaft, in der der Auftragnehmer Mitglied des Vorstandes ist, Konzernunternehmen im Sinne von § 18 Aktiengesetz?	
nein <input type="checkbox"/>	
ja <input type="checkbox"/>	

Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)
---------------------	------------------------------

3 Angaben zur Tätigkeit, für die der sozialversicherungsrechtliche Status festgestellt werden soll

3.1 Ausgeübte Tätigkeit (bitte sämtliche Verträge und Unterlagen über die Tätigkeit in Kopie beifügen)

Bezeichnung der Tätigkeit für den Auftraggeber, für den ein Statusfeststellungsverfahren durchgeführt werden soll

Beginn und gegebenenfalls Ende der Tätigkeit

3.2 Wurde bereits durch eine Krankenkasse / einen Rentenversicherungsträger oder die Künstlersozialkasse für diese Tätigkeit ein Feststellungsverfahren eingeleitet oder eine Feststellung getroffen, dass eine selbständige Tätigkeit vorliegt beziehungsweise ein abhängiges Beschäftigungsverhältnis besteht (beachte Erläuterungen)?

nein

ja Datum (bitte Bescheid der Krankenkasse / des Rentenversicherungsträgers beziehungsweise der Künstlersozialkasse in Kopie beifügen)

3.3 Wurde vor der jetzigen Tätigkeit eine abhängige Beschäftigung bei diesem Auftraggeber ausgeübt?

nein

ja bitte den Unterschied zur vorherigen Tätigkeit beschreiben

4 Anlagen zum Statusfeststellungsantrag

Bitte beschreiben Sie das zu beurteilende Auftragsverhältnis auf der "Anlage zum Statusfeststellungsantrag zur Beschreibung des Auftragsverhältnisses" (Vordruck **C0031**).

Sind Sie Gesellschafter-Geschäftsführer, Fremdgeschäftsführer oder mitarbeitender Gesellschafter einer GmbH oder Geschäftsführer einer Familien-GmbH (siehe Ziffer 1.3), beschreiben Sie das Auftragsverhältnis bitte auf der "Anlage zum Statusfeststellungsantrag für Gesellschafter / Geschäftsführer einer GmbH" (Vordruck **C0032**).

Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)
---------------------	------------------------------

Sind Sie Angehöriger des Auftraggebers (siehe Ziffer 1.7), beschreiben Sie das Auftragverhältnis bitte auf der "Anlage zum Statusfeststellungsantrag für mitarbeitende Angehörige" (Vordruck **C0033**).

Ohne Beschreibung des zu beurteilenden Auftragsverhältnisses kann eine Statusfeststellung **nicht** erfolgen.

5 Dokumentenzugang für sehbehinderte Menschen

Menschen mit einer Behinderung (zum Beispiel blinde oder sehbehinderte Menschen) haben Anspruch darauf, Dokumente in einer für sie wahrnehmbaren Form zu erhalten.

Aufgrund meiner Behinderung bitte ich darum, mir Dokumente zusätzlich in **einer** für mich wahrnehmbaren Form zuzusenden, und zwar

- als Großdruck _____
- in Braille (Kurzschrift) _____
- in Braille (Vollschrift) _____
- als CD (Schriftdatei / Textdatei im ".doc"-Format)
- als Hörmedium (Kassette) _____
- als Hörmedium (CD-DAISY Format) _____

6 Antrag / Erklärung des Auftragnehmers

Hiermit beantrage ich nach § 7a Absatz 1 SGB IV festzustellen, dass eine Beschäftigung

nicht vorliegt. ____

vorliegt. _____

Ich versichere, dass meine Angaben der Wahrheit und die Vereinbarungen in den übersandten Verträgen den tatsächlichen Verhältnissen entsprechen.

Für den Fall, dass Krankenversicherungspflicht als Arbeitnehmer festgestellt wird, werde ich mich bei folgender gesetzlichen Krankenkasse versichern (Eine Krankenkassenwahl ist nur möglich, wenn in den letzten 18 Monaten keine Mitgliedschaft bei einer gesetzlichen Krankenkasse bestanden hat.):

bitte Namen und Anschrift der Krankenkasse angeben
--

Ort, Datum

Unterschrift der Auftragnehmerin / des Auftragnehmers

Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)
---------------------	------------------------------

7 Antrag / Erklärung des Auftraggebers

Hiermit beantrage ich nach § 7a Absatz 1 SGB IV festzustellen, dass eine Beschäftigung

nicht vorliegt. ____

vorliegt. _____

Ich versichere, dass die Angaben der Wahrheit und die Vereinbarungen in den übersandten Verträgen den tatsächlichen Verhältnissen entsprechen.

Wenn der Auftragnehmer nicht in der **gesetzlichen** Krankenversicherung versichert ist beziehungsweise war (siehe Ziffer 1.2) und von seinem Wahlrecht nach Ziffer 6 keinen Gebrauch gemacht hat, welche **gesetzliche** Krankenkasse wählen Sie als Einzugsstelle?

bitte Namen und Anschrift der Krankenkasse angeben

Ort, Datum

Unterschrift, Firmenstempel der Auftraggeberin /
des Auftraggebers

8 Anlagen

Anlage zum Statusfeststellungsantrag zur Beschreibung des Auftragsverhältnisses
(Vordruck **C0031**) _____

Anlage zum Statusfeststellungsantrag für Gesellschafter / Geschäftsführer einer GmbH
(Vordruck **C0032**) _____

Anlage zum Statusfeststellungsantrag für mitarbeitende Angehörige (Vordruck **C0033**) ____

Anlagen bitte in Kopie beifügen

Arbeitsvertrag _____

Unterlagen über die Tätigkeit (zum Beispiel Dienstvereinbarungen, Niederschrift
mündlicher Absprachen) _____

Gesellschaftsvertrag _____

Urschriftlich

Deutsche Rentenversicherung Bund
Clearingstelle für sozialversicherungsrechtliche
Statusfragen
10704 Berlin