

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 (2010: 49.950 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 (2007: 47.700 EUR; 2008: 48.150 EUR; 2009: 48.600 EUR) durchgängig überschritten?

nein ja, bitte weiter bei Ziffer 1.22

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?

bitte derzeitiges Fachsemester angeben

nein ja

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

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

Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)
	4 8 7 9

3.3 Wurde vor der jetzigen Tätigkeit eine abhängige Beschäftigung bei diesem Auftraggeber ausgeübt?
 bitte den Unterschied zur vorherigen Tätigkeit beschreiben

nein ja

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).

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 (z. B. 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

- | | |
|---------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> als Großdruck | <input type="checkbox"/> als CD (Schriftdatei / Textdatei im ".doc"-Format) |
| <input type="checkbox"/> in Braille (Kurzschrift) | <input type="checkbox"/> als Hörmedium (Kassette) |
| <input type="checkbox"/> in Braille (Vollschrift) | <input type="checkbox"/> 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)
	4 8 7 9

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 bzw. 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 (z. B. Dienstvereinbarungen, Niederschrift mündlicher Absprachen)

Gesellschaftsvertrag

Urschriftlich

Deutsche Rentenversicherung Bund
Clearingstelle für sozialversicherungsrechtliche
Statusfragen
10704 Berlin