

## Erklärung der/des Aushilfsbeschäftigten

| 1. Allgemeine Angaben zur Person:  |                           |
|--|---------------------------|
| <b>Name, Vorname</b>   |                           |
| <b>Anschrift</b> (Straße, PLZ, Ort)  |                           |
| <b>Telefon- bzw. Handynummer</b>   |                           |
| <b>Geburtsdatum</b>  |                           |
| <b>Rentenversicherungsnummer</b>   |                           |
| <b>SteuerIdNr.</b>   |                           |
| <b>Mitgliedsnummer ZVK Bayern</b>  |                           |
| <b>Bankverbindung</b> (IBAN/BIC)   | IBAN: _____<br>BIC: _____ |
| <b>Krankenversicherung</b> (ggf. auch Familienvers.) ; bei privater Versicherung letzte gesetzliche Krankenkasse |                           |

| 2. Angaben zu einer geringfügig/kurzfristig entlohnten Beschäftigung   |                         |                   |                     |     |                          |  |                          |
|--|-------------------------|-------------------|---------------------|-----|--------------------------|--|--------------------------|
| <b>Haben oder hatten Sie neben Ihrer Beschäftigung bei der Gemeinde <u>in diesem Kalenderjahr</u> noch weitere Beschäftigungen ?</b> |                         |                   |                     |     |                          | <input type="checkbox"/> Ja<br><input type="checkbox"/> Nein |                          |
| <b><u>Wenn Ja:</u></b> Ich übe folgende weitere (auch versicherungspflichtige Haupt-) Beschäftigungen aus:                           |                         |                   |                     |     |                          |  |                          |
|  | Arbeitgeber (Name, Ort) | mtl. Entgelt in € | Beschäftigungsdauer |     | Versicherungspflicht *   |  |                          |
|  |                         |                   | von                 | bis | KV/PV                    | RV   | AV                       |
| a)   |                         |                   |                     |     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                                     | <input type="checkbox"/> |
| b)   |                         |                   |                     |     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                                     | <input type="checkbox"/> |
| c)   |                         |                   |                     |     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                                     | <input type="checkbox"/> |

\* Versicherungspflicht: KV/PV = Kranken- und Pflegeversicherung, RV = Rentenversicherung, AV = Arbeitslosenversicherung

bitte wenden

