

Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)

Eingangsstempel

Fragebogen zur Feststellung der Versicherungspflicht in der Rentenversicherung für Selbständige

V023

Hinweis: Um über die Versicherungspflicht in der Rentenversicherung entscheiden zu können, benötigen wir aufgrund des Sechsten Buches des Sozialgesetzbuches - Gesetzliche Rentenversicherung (SGB VI) - 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 § 196 Absatz 1 SGB VI. Danach sind Sie verpflichtet, alle für die Feststellung der Versicherungspflicht erheblichen Tatsachen anzugeben und uns die notwendigen Urkunden und sonstigen Beweismittel zur Verfügung zu stellen.

1 Angaben zur Person

Name		Vorname (Rufname)	
Geburtsname		frühere Namen	
Geburtsdatum	Geschlecht	Staatsangehörigkeit (ggf. frühere Staatsangehörigkeit bis)	
	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich		
Geburtsort (Kreis, Land)			
Straße, Hausnummer		telefonisch tagsüber zu erreichen (Angabe freiwillig)	
Postleitzahl	Wohnort	Telefax (Angabe freiwillig)	
E-Mail (Angabe freiwillig)			

2 Angaben zur selbständigen Tätigkeit

2.1 Art der Tätigkeit (bitte Nachweise beifügen, z. B. Gewerbeanmeldung)	selbständig tätig seit
2.1.1 Adresse des Betriebes bzw. Tätigkeitsort	
Telefon, Telefax, E-Mail (Angabe freiwillig)	
2.1.2 Beschreiben Sie bitte kurz die von Ihnen ausgeübte Tätigkeit.	

Versicherungsnummer

Grid for Versicherungsnummer

Kennzeichen
(soweit bekannt)

Grid for Kennzeichen

2.1.3 Sind Sie oder waren Sie wegen der von Ihnen ausgeübten Tätigkeit in die Handwerksrolle eingetragen und erfüllen bzw. erfüllten Sie in Ihrer Person die für die Eintragung notwendigen Voraussetzungen?

vom - bis

Handwerkskammer

nein ja

2.2 Sofern Sie Ihre Tätigkeit ab dem 1.1.2013 aufgenommen haben: Übersteigt Ihr monatliches Arbeitseinkommen (Gewinn) regelmäßig 450 EUR?

nein ja, bitte weiter bei Ziffer 2.3

2.2.1 Sofern Sie Ihre Tätigkeit vor dem 1.1.2013 aufgenommen haben: Bitte geben Sie Ihr regelmäßiges monatliches Arbeitseinkommen (Gewinn) an.

Zeitraum bis 31.12.2012: unter 400 EUR über 400 EUR bis höchstens 450 EUR über 450 EUR

Zeitraum ab 1.1.2013: unter 400 EUR über 400 EUR bis höchstens 450 EUR über 450 EUR

2.3 Beschäftigen Sie im Zusammenhang mit Ihrer selbständigen Tätigkeit regelmäßig mindestens einen Arbeitnehmer / Auszubildenden?

nein ja, bitte Nachweise über die Anzahl der beschäftigten Arbeitnehmer / Auszubildenden sowie über die Höhe des monatlichen Arbeitsentgelts beifügen. Die Beantwortung der Fragen 3.1 bis 3.9 entfällt.

2.4 Für welche / welchen Auftraggeber sind Sie tätig? Bitte Verträge beifügen.

2.4.1 Sofern Sie für mehrere Auftraggeber tätig sind: Handelt es sich bei diesen um Konzernunternehmen oder verbundene Unternehmen?

nein ja

2.4.2 Sofern Sie für mehrere Auftraggeber tätig sind, die nicht Konzernunternehmen oder verbundene Unternehmen sind: Beziehen Sie auf Dauer mindestens 5/6 Ihrer gesamten Betriebseinnahmen aus diesen Tätigkeiten von **einem** dieser Auftraggeber?

nein ja

2.5 Wird Ihr Unternehmen in der Rechtsform einer Gesellschaft (z. B. GmbH, KG, Partnerschaftsgesellschaft, GbR, Bürogemeinschaft oder Praxisgemeinschaft) geführt?

Bitte Namen und Art der Gesellschaft angeben und Gesellschaftsvertrag in Kopie beifügen. Bei Bürogemeinschaften oder Praxisgemeinschaften bitte Anzahl der Partner angeben.

nein ja

2.6 Erhalten Sie eine Versorgung nach beamtenrechtlichen Vorschriften, kirchenrechtlichen Regelungen oder Regelungen einer berufsständischen Versorgungseinrichtung wegen Erreichens der Altersgrenze?

seit wann?

von welchem Träger? Bitte Nachweise beifügen.

nein ja

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

3 Weitere Angaben zur ausgeübten Tätigkeit

3.1 Wurde bereits durch eine Krankenkasse / einen Rentenversicherungsträger oder die Künstlersozialkasse für diese Tätigkeit festgestellt, dass Sie nicht in einem abhängigen Beschäftigungsverhältnis zu Ihrem Auftraggeber stehen? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bitte Bescheid beifügen und weiter bei Ziffer 4
3.2 Beziehen Sie für diese Tätigkeit als Existenzgründer Überbrückungsgeld oder einen Gründungszuschuss von der Agentur für Arbeit (Arbeitsamt) oder haben Sie eine dieser Leistungen bezogen? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bitte Bescheid beifügen
3.3 Waren Sie vor Ihrer jetzigen Tätigkeit für Ihren / einen Ihrer Auftraggeber als Arbeitnehmer tätig? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bitte den Unterschied zur vorherigen Tätigkeit auf einem gesonderten Blatt beschreiben
3.4 Arbeiten Sie am Betriebssitz Ihres Auftraggebers? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
3.5 Haben Sie regelmäßige Arbeitszeiten und Anwesenheitszeiten einzuhalten? bitte Anzahl der Stunden angeben <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Stunden <input type="checkbox"/> täglich <input type="checkbox"/> wöchentlich <input type="checkbox"/> monatlich
3.6 Werden Ihnen Weisungen hinsichtlich der Ausführung (Art und Weise) Ihrer Tätigkeit erteilt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
3.7 Kann Ihr Auftraggeber Ihr Einsatzgebiet auch ohne Ihre Zustimmung verändern? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
3.8 Ist die Einstellung von Vertretern bzw. Hilfskräften durch Sie von der Zustimmung Ihres Auftraggebers abhängig? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
3.9 Beschreiben Sie bitte Ihr unternehmerisches Handeln bezüglich eigenen Kapitaleinsatzes, eigener Kalkulation, Preisgestaltung, Werbung und Ablehnung von Aufträgen. <div style="border: 1px solid black; height: 150px; width: 100%;"></div>

4 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) |

Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)

5 Erklärung

Ich versichere, dass ich sämtliche Angaben in diesem Vordruck nach bestem Wissen gemacht habe und die Vereinbarungen in den übersandten Verträgen den tatsächlichen Verhältnissen entsprechen.

Ort, Datum

Unterschrift

6 Anlagen

7 Hinweis

Wird der Antrag von einem Bevollmächtigten gestellt, ist eine **Vollmacht** erforderlich.

