

Auskunft zur Klärung des sozialversicherungsrechtlichen Status

Hinweis:

Um die Versicherungspflicht überprüfen zu können, benötigen wir aufgrund des Vierten Buches des Sozialgesetzbuches – Gemeinsame Vorschriften für die Sozialversicherung (SGB IV) – von Ihnen einige wichtige Informationen. Wir möchten Sie deshalb bitten, die gestellten Fragen **sorgfältig** und **vollständig** zu beantworten und uns den Fragebogen möglichst umgehend zurückzusenden.

Dieser Fragebogen ist angelehnt an den Antrag auf Statusfeststellung des DRV (besonders an den Teil 3). Wir empfehlen, eine Kopie des ausgefüllten Fragebogens zu erstellen, da ggf. im Zuge der Statusfeststellung von der DRV ein weiterer Fragebogen an Sie gesandt werden kann.

1. Angaben zur Person des/r Auftragnehmers/in

Name		Vorname (Rufname bitte unterstreichen)	
Geburtsname		Frühere Namen	
Geburtsdatum	Geschlecht männlich weiblich divers keine Angabe	Staatsangehörigkeit	
Geburtsort (Kreis, Land)			
Derzeitige Adresse (Straße, Hausnummer)		Telefonische Erreichbarkeit (tagsüber, freiwillig)	
Postleitzahl und Wohnort		E-Mail Adresse (freiwillig)	
Ich bin <input type="checkbox"/> Student/in Renter/in Beamter/in im Ruhestand Arbeitslosengeld I / Bürgergeld Empfänger/in Sonstiges:			

2. Zu beurteilende Tätigkeit des/r Auftragnehmers/in

Ausgeübte Tätigkeit	Bezeichnung	Beginn – Ende
Beschreiben Sie bitte die von Ihnen ausgeübte Tätigkeit so genau wie möglich (ggf. Anlage).		
Wurde bereits durch eine Krankenkasse/ einen Rentenversicherungsträger oder die Künstlersozialkasse für diese Tätigkeit festgestellt, dass Sie nicht in einem abhängigen Beschäftigungsverhältnis zu Ihrem/r Arbeitgeber/in stehen? Nein Ja, bitte Bescheid der Krankenkasse/ des Rentenversicherungsträgers bzw. der Künstlersozialkasse beifügen		
Beschäftigen Sie mindestens eine/n Arbeitnehmer/in oder Auszubildende/n mit einem monatl. Entgelt von mehr als 520,- Euro ? Nein Ja		

3. Grundlagen und Ausgestaltung der Tätigkeit des/r Auftragnehmers/in

Wo führen Sie Ihre Tätigkeiten durch?
Haben Sie regelmäßige Arbeits- oder Anwesenheitszeiten einzuhalten? Nein Ja (bitte Anzahl der Stunden angeben) _____ Std. _____ tgl. _____ wö. _____ mtl.
Werden Ihnen Weisungen inhaltlicher oder organisatorischer Art hinsichtlich der Ausführung Ihrer Tätigkeit erteilt? Inhaltlich: Organisatorisch: Nein Ja Nein Ja (wenn ja, welche?)

Kann Ihr/e Arbeitgeber/in Ihr Einsatzgebiet auch ohne Ihre Zustimmung verändern? Nein Ja
Ist die Einstellung von Vertreter/innen bzw. Hilfskräften durch Sie von der Zustimmung Ihres/r Auftraggebers/in abhängig? Nein Ja
Beschreiben Sie bitte Ihr eventuelles unternehmerisches Handeln bezüglich eigenen Kapitaleinsatzes, eigener Kalkulation, Preisgestaltung, Werbung und Ablehnung von Aufträgen
Werden Ihnen Arbeitsgeräte und –materialien zur Verfügung gestellt? Nein Ja (wenn ja, welche?)
Ist eine Zusammenarbeit mit anderen Mitarbeiter/innen des/der Auftraggebers/in notwendig? Nein Ja (wenn ja, inwiefern?)
Werden Sie für tatsächlich geleistete Arbeitszeit bezahlt, oder erhalten Sie nach Beendigung der Tätigkeit eine Gesamtvergütung? Geleistete Arbeitszeit Gesamtvergütung
Falls Sie in einem abhängigen Beschäftigungsverhältnis mit der Humboldt-Universität stehen oder standen: In welchem Zusammenhang steht bzw. stand die Tätigkeit mit der jetzigen?

Erklärung des/r Auftragnehmers/in

Hiermit versichere ich, dass die Angaben der Wahrheit und die Vereinbarungen in den Verträgen den tatsächlichen Verhältnissen entsprechen. Für den Fall, dass Unklarheiten über den sozialversicherungsrechtlichen Status meiner Tätigkeit bestehen, erkläre ich meine Zustimmung zur Beantragung einer sozialversicherungsrechtlichen Statusfeststellung nach §7a Abs. 1 SGB IV durch die DRV und beantrage festzustellen, dass ein abhängiges Beschäftigungsverhältnis nach §7 Abs. 1 SGB IV

nicht vorliegt vorliegt

Für den Fall, dass Krankenversicherungspflicht als Arbeitnehmer/in festgestellt wird, wähle ich folgende gesetzliche Krankenkasse (keine private Krankenkasse):

Bitte Name und Anschrift der Krankenkasse angeben

Ort, Datum

Unterschrift des/r Auftragnehmers/in

Zustimmung des/r Auftragnehmers/in

Hiermit erkläre ich, dass ich für den Zeitraum zwischen Aufnahme der Beschäftigung und der sozialversicherungsrechtlichen Entscheidung der DRV eine Absicherung gegen das finanzielle Risiko von Krankheit und zur Altersvorsorge vorgenommen habe, die der Art nach den Leistungen der gesetzlichen Rentenversicherung entspricht. Weiter erkläre ich für den Fall der Feststellung eines versicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnisses (nach Antragstellung an die DRV innerhalb eines Monats nach Aufnahme der Tätigkeit) meine Zustimmung, dass die Versicherungspflicht erst mit Bekanntgabe der Entscheidung durch die DRV eintritt.

Ort, Datum

Unterschrift des/r Auftragnehmers/in

Erklärung des/r Projektleiter/in / Verwaltungsleiters/in / Geschäftsführers/in

Hiermit wird bestätigt, dass die Angaben zu den tatsächlichen Tätigkeiten und deren Ausgestaltung den Vereinbarungen in den übersandten Verträgen entsprechen.

Ort, Datum

Unterschrift des/r Projekt-/Verwaltungsleiters/in /
Geschäftsführers/in

Anlagen:

