

Fragebogen zur versicherungsrechtlichen/lohnsteuerlichen Beurteilung bei geringfügiger Beschäftigung von Mitarbeitern (Mini-Job bis 400 €)

Int.Nr. 293 b.....Stand 01.01.2012.....Verantwortlich: st

Mandant		Jahr	Bearbeiter		Berater	geprüft	
Nr.	Name		Name	Zeichen	Nr. 45153	am	durch
Name, Vorname		Geburtsdatum		Rentenversicherungsnummer			
Straße, Wohnort				Staatsangehörigkeit			
<input type="checkbox"/> Schüler		<input type="checkbox"/> (Schulbescheinigung beifügen)					
<input type="checkbox"/> Student		<input type="checkbox"/> (Immatrikulationsbescheinigung beifügen)					
<input type="checkbox"/> Rentner (Hinzuverdienstgrenze prüfen)		seit _____		Rentenart _____			
<input type="checkbox"/> Hausfrau / Hausmann (ohne weitere Berufstätigkeit)							
<input type="checkbox"/> Arbeitsloser (Hinzuverdienst möglich, i. d. R. bis € 165,-)		<input type="checkbox"/> Bezieher von Leistungen nach dem Arbeitsförderungsgesetz (Arbeitslosengeld, -hilfe, Unterhaltsgeld)		Arbeitsamt _____ Stamm-Nr. _____			
<input type="checkbox"/> ohne Leistungsbezug letztes Beschäftigungsverhältnis bei Firma _____ in _____ bis _____							
<input type="checkbox"/> Sozialhilfeempfänger							
<input type="checkbox"/> Arbeitnehmer		bei der Firma _____					
<input type="checkbox"/> Beamter		seit _____					
<u>Sozialversicherung</u>							
Gesetzliche Krankenversicherung bei: _____							
<input type="checkbox"/> freiwillig		<input type="checkbox"/> pflichtversichert		<input type="checkbox"/> mitversichert (Familienversichert)		<input type="checkbox"/> selbst	
Privatversicherung bei: _____ (bitte Bescheinigung beifügen)							
<u>Bankverbindung des Arbeitnehmers</u> (falls der Betrag überwiesen werden soll)							
Kreditinstitut:		_____					
Bankleitzahl:		_____					
Kontonummer:		_____					
ggf. Abweichender Kto.-Inhaber:		_____					
<u>Bei angestrebter geringfügig entlohnter Beschäftigung</u>							
<u>Angaben zur Beschäftigung</u>							
Ausgeübte Aushilfstätigkeit: _____				Eintrittsdatum: _____			
Wöchentliche Arbeitszeit (Std.): _____				Arbeitsverhältnis befristet bis:			
				<input type="checkbox"/> ja bis: _____			
				<input type="checkbox"/> nein			
Mtl. Festbetrag: _____				Stundenlohn: _____			

Weitere Beschäftigungen? ja nein

Firma _____ in _____ seit _____ Std./Wo _____ EUR/Monat _____

Firma _____ in _____ seit _____ Std./Wo _____ EUR/Monat _____

Firma _____ in _____ seit _____ Std./Wo _____ EUR/Monat _____

Besteuerung (nur eine der 3 folgenden Möglichkeiten ist mit „ja“ zu beantworten):

1. Der Arbeitslohn aus der geringfügigen Beschäftigung beträgt nicht mehr als EUR 400,00 monatlich und die **Lohnsteuer** wird durch den Arbeitgeber mit der einheitlichen Pauschsteuer von 2 % abgeführt. Das heißt, der Arbeitgeber übernimmt neben den pauschalen Beiträgen zur Sozialversicherung auch die einheitliche Pauschsteuer.

nein ja

Abwälzung der einheitlichen Pauschsteuer auf den Arbeitnehmer

nein ja (Bitte gesonderte Vereinbarung „Übernahme der Pauschsteuer durch den Arbeitnehmer“ beifügen!)

2. Der Arbeitslohn aus geringfügiger Beschäftigung soll nach Maßgabe der vorgelegten **Lohnsteuerkarte** besteuert werden

ja nein

Finanzamt: _____

Steuerklasse: _____ Kinderfreibetrag: _____ Religion: _____

Freibetrag: _____

3. 20 % pauschale Lohnsteuer (zuzüglich pausch. KiSt und Soli) wenn ausnahmsweise die Rentenversicherungsbeiträge nicht mit 12 % pauschal zu zahlen sind.

ja nein

Ich bin vom Arbeitgeber durch ein **Merkblatt** informiert worden, dass ich die Möglichkeit habe, durch die **eigene Aufstockung** der Rentenversicherungsbeiträge Leistungsansprüche aus der Rentenversicherung zu erhalten.

ja

Ich möchte auf die Versicherungsfreiheit in der Rentenversicherung verzichten und durch die Ergänzung des Arbeitgeberbeitrages (15 %) zum vollwertigen Pflichtbeitrag (19,6 %) das volle Leistungsspektrum der Rentenversicherung erwerben.

ja nein

Ich versichere, diese Angaben wahrheitsgemäß gemacht zu haben. Jede Änderung, insbesondere die Aufnahme einer weiteren Beschäftigung, werde ich unverzüglich mitteilen.

Bei unwahren Angaben oder Verletzungen meiner Anzeigepflicht erkläre ich mich bereit, die vom Sozialversicherungsträger/Finanzamt nachgeforderten Beträge zu erstatten.

Ort, Datum

Unterschrift Mitarbeiter

Unterschrift Arbeitgeber/Lohnsachbearbeiter

Von der Kanzlei zu bearbeiten:

Pers.-Nr.

Gleitzone Regelung ja nein

Merkblatt zur Aufstockung zum regulären Beitragssatz in der RV ausgehändigt

MA wünscht Aufstockung in der RV ja nein

Pinneberg, _____
Datum

Unterschrift