

## Personalbogen/Bewerbung

Eingang: \_\_\_\_\_

### Persönliche Daten

Name: \_\_\_\_\_ Geschlecht:  männl.  weibl.  divers  
 Vorname: \_\_\_\_\_ Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_  
 Straße: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
 PLZ: \_\_\_\_\_ Geburtsort: \_\_\_\_\_  
 Ort: \_\_\_\_\_ Tel.-Nr.: \_\_\_\_\_  
 E-Mail: \_\_\_\_\_

### Studium

Immatrikuliert im Stud.Gang: \_\_\_\_\_ Fachsemester: \_\_\_\_\_  
 Studienziel: \_\_\_\_\_ Matrikel-Nr.: \_\_\_\_\_  
 Immatrikuliert im:  Erststudium  Zweitstudium  Weiterbildungsstudium  Sonstiges

### Bankverbindung

Bankname: \_\_\_\_\_  
 BIC: \_\_\_\_\_ IBAN: \_\_\_\_\_

### Steuermerkmale

Steuer-ID: \_\_\_\_\_ Kirchensteuer:  römisch-katholisch  
 Steuerklasse: \_\_\_\_\_  evangelisch  
 Familienstand: \_\_\_\_\_  nicht pflichtig  
 Die beantragte Beschäftigung ist ein:  Hauptjob  Nebenjob

### Weitere Beschäftigungen

Im beantragten Zeitraum besteht ein weiteres Arbeitsverhältnis:  
 Nein  ja, bei: \_\_\_\_\_  
 Wochenarbeitszeit: \_\_\_\_\_ Std. Monatsverdienst: \_\_\_\_\_ €

### Anlagen: ohne vollständige Anlagen ist weitere Bearbeitung nicht möglich.

Erklärung zur Feststellung der Versicherungspflicht	<input type="checkbox"/> anliegend	immer beifügen
Aktuelle <b>Immatrikulationsbescheinigung</b>	<input type="checkbox"/> anliegend	Kopie ist ausreichend
Kopie <b>Krankenversicherungskarte /-vertrag</b>	<input type="checkbox"/> anliegend	auch bei privaten KV
<b>Bei nicht-EU-BürgerInnen</b> ist eine Kopie des Passes beizufügen.		
Arbeitserlaubnis vorhanden? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		

### Beschäftigungsort

- in Bremen (Arbeitsort)  
 an verschiedenen Orten  
 der/die Beschäftigte kann seinen Arbeitsort frei wählen.

Die Möglichkeiten des mobilen Arbeitens bleiben hiervon unberührt.

\_\_\_\_\_  
 Datum, Unterschrift (BewerberIn)

\_\_\_\_\_  
 Unterschrift (SachbearbeiterIn)

## **Ich wünsche die Einstellung des/der oben Genannten:**

im Projekt:

Für den Zeitraum vom            bis            mit einer Gesamtstundenzahl von            Stunden.

Folgende Aufgaben sollen übernommen werden:

.....  
.....

Ansprechpartner im Projekt ist : ..... , Tel.-Durchwahl (.....).

Die Finanzierung soll aus der/dem FiStl/Fonds            erfolgen:

\_\_\_\_\_  
Datum/Unterschrift (verantwortlicher ProfessorIn)

### **Pflichtgemäße Erklärung**

#### **Hiermit erkläre ich, dass**

1. ich inkl. des angestrebten Hilfskraftvertrages nicht mehr als 72 Beschäftigungsmonate als studentische Hilfskraft an der Universität Bremen beschäftigt bin / war.
2. ich mich zur ordnungsgemäßen und sorgfältigen Durchführung der mir im Rahmen des studentischen Hilfskraftvertrages aufgetragenen Tätigkeiten verpflichte und Werkzeuge, Maschinen und sonstige Einrichtungen pfleglich behandle.
3. ich den Weisungen folge, die im Rahmen des studentischen Hilfskraftvertrages von den weisungsberechtigten Personengegeben werden.
4. ich über Dienstgeheimnisse, die mir im Rahmen meines studentischen Hilfskraftvertrages anvertraut werden, Stillschweigen bewahren werde.
5. ich keine geschützten, personenbezogenen Daten zu einem anderen als dem zur rechtmäßigen Aufgabenerfüllung gehörenden Zweck verarbeiten, bekanntgeben, zugänglich machen oder anderweitig nutzen darf.
6. ich diese Verpflichtungen auch nach Beendigung meiner Hilfstätigkeit weiterhin zu befolgen haben.

#### **Ich nehme zur Kenntnis, dass**

1. die Universität Bremen keine Personalhoheit besitzt. Zuständig für alle Einstellungen bei der Universität (auch bei Beschäftigungen, die aus Drittmitteln finanziert werden) ist der Senator für Finanzen. Die Universität Bremen hat nur ein Vorschlagsrecht und kann nur nach Bestätigung durch die Senatorin für Finanzen Einstellungen vornehmen. Der Vertragsabschluss erfolgt zwischen dem (Fach-)Bereich und den Studierenden.
2. ich meine Arbeit als studentische Hilfskraft erst nach Unterzeichnung des Dienstvertrages aufnehmen darf.
3. ich als BAFÖG-Empfänger/in verpflichtet bin, meine Einkünfte aus diesem Hilfskraftvertrag dem Amt für Ausbildungsförderung im Auftrag oder als Änderungsmitteilung anzugeben habe.
4. ich einen Hilfskraftvertrag nur als ordentlicher Studierender im Sinne der Sozialversicherung (SGB) aufnehmen darf, diese gelten z.B. nicht für Studierende während eines Urlaubssemesters.
5. alle vertragsrelevanten Änderungen sofort anzuzeigen sind.
6. bei Vertragsverletzung das Arbeitsverhältnis aufgelöst wird und Verträge welche die Vertragsbestandteile nicht erfüllen nichtig sind (d.h. es besteht kein Anspruch auf jegliche Leistungen).

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift (BewerberIn)

## Erklärung zur Feststellung der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Sozialversicherung und in der Zusatzversorgung

Name, Vorname, ggfs. Geburtsname	Geburtsdatum, -ort
Beschäftigungsdienststelle	Staatsangehörigkeit
Beginn der Beschäftigung	Telefon ( <i>freiwillige Angabe</i> )

Zutreffendes bitte ankreuzen. Um Rückfragen und Verzögerungen zu vermeiden, bitte alle Punkte beantworten.

### 1. Versicherungsnummer

Meine Versicherungsnummer lautet

Eine Versicherungsnummer ist mir noch nicht zugeteilt worden.

Mir ist in einem anderen Staat eine (Sozial)Versicherungsnummer zugeteilt worden.  
(Ggfs. Bescheinigung A 1 beifügen)

Name des Staates \_\_\_\_\_

Meine (Sozial)Versicherungsnummer \_\_\_\_\_

### 2. Krankenversicherung (Einzugsstelle)

Ich bin	Art des Versicherungsschutzes	bitte Name und Anschrift der Krankenkasse beifügen
<input type="checkbox"/>	bei einer gesetzlichen Krankenversicherung versichert <input type="checkbox"/> als Pflichtmitglied <input type="checkbox"/> als freiwilliges Mitglied <input type="checkbox"/> als Familienmitglied	versichert bei:
<input type="checkbox"/>	von der gesetzlichen Krankenversicherung befreit worden	bitte Kopie des Bescheides über die Befreiung von der Krankenversicherungspflicht einreichen.
<input type="checkbox"/>	privat krankenversichert	Krankenkasse, bei der zuletzt eine <b>gesetzliche</b> Krankenversicherung bestand:
<input type="checkbox"/>	am 31.12.2002 als Arbeitnehmer:in wegen Überschreitens der Jahresarbeitsentgeltgrenze (JAEG) krankenversicherungsfrei gewesen und bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen versichert (§ 6 Abs. 7 SGB V, Bestandsschutz) <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bei (bitte Nachweis beifügen)	
<input type="checkbox"/>	zurzeit nicht pflichtversichert. Zuletzt war ich bei der folgenden Krankenkasse gesetzlich versichert:	

<b>3.</b>	<b>Pflegeversicherung</b>														
3.1	<p>In der sozialen Pflegeversicherung ist von Versicherten ein Beitragszuschlag zu erheben, wenn sie das 23. Lebensjahr vollendet haben und <u>keine</u> Kinder erziehen oder erzo-gen haben.</p> <p><input type="checkbox"/> <b>Es liegt eine Elterneigenschaft in meiner Person vor</b> (bitte Nachweise beifügen, siehe 3.3).</p> <p><input type="checkbox"/> <b>Die Elterneigenschaft liegt in meiner Person <u>nicht</u> vor</b> (weiter bei Punkt 4).</p>														
3.2	<p>In der sozialen Pflegeversicherung werden Versicherte mit <u>mehreren Kindern</u> ab dem zweiten bis zum fünften Kind mit einem Beitrags<u>abs</u>schlag in Höhe von 0,25 Beitragsatzpunkten für jedes Kind entlastet. Bei der Ermittlung des Beitragsabschlags <u>nicht</u> berücksichtigungsfähig sind Kinder, die das 25. Lebensjahr vollendet haben.</p> <p><b>Angabe/n des/der Kindes/r, das/die das 25. Lebensjahr noch nicht vollendet hat/haben oder noch nicht vollendet hätte/n (Beitragsentlastung für Versicherte mit zwei oder mehreren Kindern):</b></p> <table border="1" data-bbox="316 566 1525 875"> <thead> <tr> <th>Name, Vorname des Kindes</th> <th>Geburtsdatum des Kindes</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>	Name, Vorname des Kindes	Geburtsdatum des Kindes												
Name, Vorname des Kindes	Geburtsdatum des Kindes														
3.3	<p><b>Der Nachweis meiner Angaben wird mit folgenden beigefügten Unterlagen erbracht:</b></p> <p><input type="checkbox"/> <b>Leibliche/s Kind/er</b> Geburtsurkunde <u>oder</u> Abstammungsurkunde <u>oder</u> Auszug aus dem Familienbuch, etc.</p> <p><input type="checkbox"/> <b>Adoptivkind/er</b> Adoptionsurkunde</p> <p><input type="checkbox"/> <b>Stiefkind/er</b> Heiratsurkunde oder Eintragung Lebenspartnerschaft mit dem Nachweis des Kindes des (Ehe)partners <u>und</u> Melde- bzw. Haushaltsbescheinigung des Kindes</p> <p><input type="checkbox"/> <b>Pflegekind/er</b> Bescheinigung des Jugendamtes über das Pflegeverhältnis <u>und</u> Melde- bzw. Haushaltsbescheinigung des Kindes</p> <p>Weitere beweiskräftige Unterlage(n): _____</p>														
<b>4.</b>	<b>Rentenversicherung/berufsständische Versorgungs- oder Versicherungseinrichtung</b>														
	<p>In der gesetzlichen Rentenversicherung ist die Befreiung von der Versicherungspflicht zugunsten einer berufsständischen Versorgungseinrichtung möglich. Der Antrag auf Befreiung ist für <b>jedes Beschäftigungsverhältnis erneut (auch bei Weiterbeschäftigung, Beschäftigungswechsel beim selben Arbeitgeber)</b> bei der zuständigen Versorgungseinrichtung <b>von der/dem Beschäftigten</b> zu stellen.</p> <p><b>Bitte beachten Sie die Antragsfristen gem. § 6 Abs. 4 SGB VI.</b></p> <p><b>Ich bin Mitglied einer berufsständischen Versorgungs- oder Versicherungseinrichtung</b></p> <p><input type="checkbox"/> nein      <input type="checkbox"/> ja, bei _____ (bitte Mitgliedsurkunde beifügen)</p> <p><b>Bis zur Vorlage des Befreiungsbescheides werden die Rentenversicherungsbeiträge an die gesetzliche Rentenversicherung abgeführt. Nach Eingang des Befreiungsbescheides wird die Befreiung zeitgenau (rückwirkend) umgesetzt.</b></p>														

<b>5.</b>	<b>Zusatzversorgung</b>								
5.1	<p><b>Ich bin bereits bei der Versorgungsanstalt des Bundes und der Länder (VBL), bei einer kommunalen kirchlichen oder sonstigen Zusatzversorgungseinrichtung versichert worden oder fiel während einer Beschäftigung unter den Geltungsbereich des Bremischen Ruhelohngesetzes.</b></p> <p><input type="checkbox"/> nein      <input type="checkbox"/> ja</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 33%;">Bezeichnung der Versorgungseinrichtung</th> <th style="width: 33%;">Versicherungsnummer</th> <th style="width: 17%;">Zeitraum der Versicherung</th> <th style="width: 17%;">Arbeitgeber</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="height: 30px;"></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>Falls Sie bei einer Versorgungseinrichtung versichert waren, von der die Versicherung aufgrund einer Überleitungsvereinbarung zur VBL übergeleitet werden kann, sind Sie nach § 4 Abs. 1 Tarifvertrag Altersversorgung (ATV) verpflichtet, die Überleitung der Versicherung auf die VBL zu beantragen, sobald die Versicherungspflicht zur zusätzlichen Versicherung bei der VBL aufgrund des neuen Arbeitsverhältnisses eintritt.</p>	Bezeichnung der Versorgungseinrichtung	Versicherungsnummer	Zeitraum der Versicherung	Arbeitgeber				
Bezeichnung der Versorgungseinrichtung	Versicherungsnummer	Zeitraum der Versicherung	Arbeitgeber						
5.2	<p><b>Ich habe aus einem Beamtenverhältnis bereits eine Anwartschaft oder einen Anspruch auf lebenslängliche Versorgung mindestens in Höhe der beamtenrechtlichen Mindestversorgungsbezüge erlangt.</b></p> <p><input type="checkbox"/> nein</p> <p><input type="checkbox"/> ja (bitte Gewährleistungsbescheid und Nachweis über Beihilfeanspruch beifügen)</p>								
<b>6.</b>	<b>Studenten</b>								
6.1	<p><b>Ich bin zurzeit ordentliche/r Studierende/r an einer Universität, Hochschule, Fachschule oder einer sonstigen der wissenschaftlichen oder fachlichen Ausbildung dienenden Schule.</b></p> <p><input type="checkbox"/> nein (weiter mit Punkt 7.)</p> <p><input type="checkbox"/> ja (bitte Immatrikulationsbescheinigung beifügen; weiter mit Punkt 6.2)</p>								
6.2	<p><b>Ich habe bereits ein Abschlussexamen abgelegt.</b></p> <p><input type="checkbox"/> nein</p> <p><input type="checkbox"/> ja, Bachelor    Datum des Abschlusses: _____ (bitte Kopie des Abschlusszeugnisses beifügen)</p> <p><input type="checkbox"/> ja, Master        Datum des Abschlusses: _____ (bitte Kopie des Abschlusszeugnisses beifügen)</p>								
6.2	<p><b>Die Immatrikulation ist nur zum Zweck der Promotion erfolgt.</b></p> <p><input type="checkbox"/> ja (falls zutreffend, bitte ankreuzen)</p>								
<b>7.</b>	<b>Weitere Beschäftigungen</b>								
7.1	<p><b>Ich war im laufenden Kalenderjahr kurzfristig gegen Entgelt tätig.</b> (Tätigkeit ist auf drei Monate bzw. 70 Arbeitstage im Kalenderjahr begrenzt.)</p> <p><input type="checkbox"/> nein      <input type="checkbox"/> ja (bitte genaue Angaben in der Tabelle auf Seite 4 machen)</p> <p><b>Ich übe <u>gleichzeitig</u> eine weitere nicht selbständige Tätigkeit im In- oder Ausland aus.</b></p> <p><input type="checkbox"/> nein      <input type="checkbox"/> ja, in einem privatrechtlichen Arbeitsverhältnis</p> <p style="padding-left: 100px;"><input type="checkbox"/> ja, in einem öffentlich-rechtlichen Beamtenverhältnis</p>								

Bei dieser weiteren nicht selbständigen Beschäftigung handelt es sich um eine Hauptbeschäftigung (**H**), eine geringfügige Beschäftigung (**G**) bzw. um eine kurzfristige Beschäftigung (**K**):

Beschäftigungszeitraum	Arbeitgebername und -anschrift	Wöchentl. Arbeitszeit	Regelmäßiges monatliches Bruttoentgelt	Art ( <b>H,G,K</b> ) der Beschäftigung
Nr. 1				
Nr. 2				
Nr. 3				

**Bitte fügen Sie zu JEDER weiteren Beschäftigung eine Kopie der Verdienstabrechnung bei!**

**Für diese Beschäftigung/en gilt/gelten folgende/s Versicherungsverhältnis/se:**

Bitte geben Sie den 1-stelligen Beitragsgruppenschlüssel und den Personengruppenschlüssel in der nachfolgenden Tabelle an; die Angaben können Sie Ihrem Meldnachweis zur Sozialversicherung (z.B. DEÜV-Meldung) oder auch Ihrer Verdienstabrechnung entnehmen.

**Abkürzungen:**

KV = Krankenversicherung, RV = Rentenversicherung, AV = Arbeitslosenversicherung, PV = Pflegeversicherung und PGS = Personengruppenschlüssel

Beschäftigungszeitraum	KV	RV	AV	PV	PGS
Zu Nr. 1					
Zu Nr. 2					
Zu Nr. 3					

**Ich erhalte von meinem anderen Arbeitgeber Zuschüsse zur freiwilligen Kranken-/ Pflegeversicherung.**

- nein  
 ja

7.2

**Ich habe bis unmittelbar vor Beginn dieses Beschäftigungsverhältnisses Leistungen nach den Sozialgesetzbüchern II oder III (z. B. Arbeitslosengeld I oder Bürgergeld) bezogen und/oder war bis dahin bei der Agentur für Arbeit als Arbeitssuchende/r gemeldet.**

- nein  
 ja

7.3

**Ich übe die jetzige Tätigkeit während des Bundesfreiwilligendienstes aus.**

- nein  
 ja

7.4

**Ich übe gleichzeitig eine hauptberuflich selbständige Erwerbstätigkeit im In- oder Ausland aus.**

- nein  
 ja, seit \_\_\_\_\_ mit einer wöchentlichen Arbeitszeit von \_\_\_\_\_ Stunden.

<b>8.</b>	<b>Weitere Einkommen</b>
	<p><b>Ich beziehe eine Rente oder habe eine Rente beantragt.</b></p> <p><input type="checkbox"/> nein</p> <p><input type="checkbox"/> ja, Rentenart: _____ (bitte Kopie der 1. Seite des Rentenbescheides beifügen)</p> <p><b>Ich erhalte Versorgungs- oder Hinterbliebenenbezüge nach beamtenrechtlichen Grundsätzen bzw. kirchenrechtlichen Vorschriften oder nach den Regelungen einer berufsständischen Versorgungseinrichtung?</b></p> <p><input type="checkbox"/> nein</p> <p><input type="checkbox"/> ja, seit _____ (Bitte Nachweis beifügen)</p>
<b>9.</b>	<b>Unbezahlter Sonderurlaub/Elternzeit</b>
	<p><b>Ich übe die jetzige Beschäftigung während der Dauer eines unbezahlten Sonderurlaubs oder während der Elternzeit aus.</b></p> <p><input type="checkbox"/> nein</p> <p><input type="checkbox"/> Unbezahlter Sonderurlaub</p> <p><input type="checkbox"/> Elternzeit</p> <p><b>Ich bin nachweislich aus einem bestehenden Beamtenverhältnis beurlaubt:</b></p> <p><input type="checkbox"/> nein</p> <p><input type="checkbox"/> ja, Dienstherr: _____</p>
<b>10.</b>	<b>Anlagen</b>
	<p><b>Folgende Unterlagen füge ich bei:</b></p> <p><input type="checkbox"/> Kopie(n) der Urkunde(n) und/oder Bescheinigung(en) zur Pflegeversicherung (Anlagen zu Punkt 3)</p> <p><input type="checkbox"/> Immatrikulationsbescheinigung</p> <p><input type="checkbox"/> Mitgliedsbescheinigung der berufsständischen Versorgungseinrichtung</p> <p><input type="checkbox"/> Meldenachweis zur Sozialversicherung, Verdienstabrechnung etc. (Anlagen zu Punkt 7)</p> <p><input type="checkbox"/> Gewährleistungsbescheid/Nachweis über Zahlung von Beihilfe</p> <p><input type="checkbox"/> Zusätzliche Erklärung</p> <p>_____</p>
<p><b>Ich versichere, dass meine Angaben vollständig und richtig sind.</b></p> <p><b>Mir ist bekannt, dass ich verpflichtet bin, jede Änderung in den vorstehend dargelegten Verhältnissen – insbesondere die Aufnahme weiterer Beschäftigungen - an Performa Nord, A 1 bzw. A 4 <u>sofort</u> anzuzeigen und dass ich alle Bezüge, die ich infolge unterlassener, verspäteter oder fehlerhafter Meldung zuviel erhalten habe, zurückzahlen muss.</b></p> <p><b>Für den Fall einer Beschäftigung bei mehreren Arbeitgebern erkläre ich mein widerrufliches Einverständnis, dass die zur Feststellung der Sozialversicherungspflicht und Berechnung der Sozialversicherungsbeiträge erforderlichen Daten zwischen den beteiligten Arbeitgebern gegenseitig übermittelt werden.</b></p>	
<b>Ort, Datum, Unterschrift</b>	
<p><b>Hinweis:</b> Es handelt sich hierbei um die Erhebung personenbezogener Daten. Die Angaben sind erforderlich, um die Versicherungspflicht bzw. Versicherungsfreiheit entsprechend der gesetzlichen Bestimmungen zu beurteilen. Rechtsgrundlagen: § 28o Abs. 1 SGB IV, Art. 6 Abs. 1 S. 1 Buchstaben b) und c) DSGVO, Art. 9 Abs. 2 Buchstabe b) DSGVO, Art. 88 Abs. 1 DSGVO i. V. mit dem Kinder-Berücksichtigungsgesetz, GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WStG).</p> <p>Weitere Informationen über die Verarbeitung im Rahmen der Entgeltabrechnung und Ihre Rechte bei der Verarbeitung Ihrer Daten erhalten Sie im Internet unter <a href="https://www.performanord.org/impressum/datenschutzerklaerung-3531">https://www.performanord.org/impressum/datenschutzerklaerung-3531</a>.</p>	

## Versicherungspflicht in der Rentenversicherung bei einer geringfügig entlohnten Beschäftigung nach § 6 Absatz 1b Sozialgesetzbuch Sechstes Buch (SGB VI)

Arbeitnehmer:

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Rentenversicherungsnummer: 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Hiermit beantrage ich die Befreiung von der Versicherungspflicht in der Rentenversicherung im Rahmen meiner geringfügig entlohnten Beschäftigung und verzichte damit auf den Erwerb von Pflichtbeitragszeiten. Ich habe die Hinweise auf dem „Merkblatt über die möglichen Folgen einer Befreiung von der Rentenversicherungspflicht“ zur Kenntnis genommen.

Mir ist bekannt, dass der Befreiungsantrag für alle von mir zeitgleich ausgeübten geringfügig entlohnten Beschäftigungen gilt und für die Dauer der Beschäftigungen bindend ist; eine Rücknahme ist nicht möglich. Ich verpflichte mich, alle weiteren Arbeitgeber, bei denen ich eine geringfügig entlohnte Beschäftigung ausübe, über diesen Befreiungsantrag zu informieren.

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift des Arbeitnehmers)

Arbeitgeber:

Name: \_\_\_\_\_

Betriebsnummer: 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Der Befreiungsantrag ist am 

T	T	M	M	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J

 bei mir eingegangen.

Die Befreiung wirkt ab 

T	T	M	M	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J

.

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift des Arbeitgebers)

### Hinweis für den Arbeitgeber:

Der Befreiungsantrag ist nach § 8 Absatz 4a Beitragsverfahrensverordnung (BVV) zu den Entgeltunterlagen zu nehmen und **nicht** an die Minijob-Zentrale zu senden.