

Personalnummer: _____
(achtstellig)

**Zentrale Besoldungs- und
Versorgungsstelle (ZBS)**

An das
Landesamt für Zentrale Dienste
-ZBS-
Postfach 10 22 44
66022 Saarbrücken

Absender/-in:

Vor- / Name: _____ Telefon: _____
Straße: _____ Email: _____
PLZ / Ort: _____
Land: _____

Erklärung zur Krankenversicherung

<input type="checkbox"/>	Ich bin in einer privaten Krankenkasse versichert
<input type="checkbox"/>	Ich bin in einer gesetzlichen Krankenkasse versichert
Genauere Bezeichnung und Anschrift des Versicherungsträgers:	
Versicherungsnummer:	



Wenn es sich um eine gesetzliche Versicherung handelt:

Meine Rentenversicherungsnummer: _____

Ich bin freiwilliges Mitglied

Ich bin pflichtversichert

Ich bin Kinderlos Ja

Nein Die Erklärung zur Ermittlung des Beitrags zur sozialen
Pflegeversicherung nach § 55 Abs. 3 SGB XI habe ich
ausgefüllt und beigelegt.

Ich versichere, vorstehende Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht zu haben. Es ist mir bekannt, dass ich verpflichtet bin, künftige Änderungen vorstehender Art unverzüglich anzuzeigen.

Ort, Datum

Unterschrift

Erklärung zur Ermittlung des Beitrags zur sozialen Pflegeversicherung nach § 55 Abs. 3 SGB XI

Name: _____ Personalnummer _____

Vorname: _____

Es handelt sich um eine freiwillige Selbstauskunft. Sie sind nicht verpflichtet, Angaben zu machen bzw. Sie können auch einzelne Kinder unberücksichtigt lassen. Es können jedoch bei der Beitragsermittlung ausschließlich die von Ihnen angegebenen Kinder berücksichtigt werden. Hinsichtlich der Kinder, die gemäß Ihrer Angaben berücksichtigt werden sollen, gilt Folgendes:

Mitwirkungspflicht: Nach § 28o Abs. 1 SGB IV sind Beschäftigte dazu verpflichtet, gegenüber dem Arbeitgeber die zur Durchführung des Meldeverfahrens und der Beitragszahlung erforderlichen Angaben zu machen und, soweit erforderlich, dazu notwendige Unterlagen vorzulegen. Dies gilt bei mehreren Beschäftigungen gegenüber allen beteiligten Arbeitgebern. Nach § 111 Abs. 1 Ziffer 4 SGB IV begehen Beschäftigte eine Ordnungswidrigkeit, wenn sie vorsätzlich oder leichtfertig diese Auskünfte nicht richtig, nicht vollständig oder nicht rechtzeitig erteilen oder die erforderlichen Unterlagen nicht vollständig oder nicht rechtzeitig vorlegen. Diese Ordnungswidrigkeit kann gemäß § 111 Abs. 4 SGB IV mit einer Geldbuße bis zu fünftausend Euro geahndet werden. Falsche Angaben stellen zudem eine Verletzung einer arbeitsrechtlichen Pflicht durch die Arbeitnehmerin bzw. den Arbeitnehmer dar und können unter anderem arbeitsrechtliche Konsequenzen nach sich ziehen. Jede Änderung der angegebenen Verhältnisse muss unaufgefordert der Personalabteilung mitgeteilt werden.

Datenschutz: Ihre personenbezogenen Daten werden verarbeitet und gespeichert, soweit und solange dies zur Erfüllung der dem Arbeitgeber obliegenden Aufgaben erforderlich ist. Rechtsgrundlage für die Verarbeitung der personenbezogenen Daten ist Art. 6 Abs. 1 c) DS-GVO (i.V.m. § 55 Abs. 3 SGB XI).

Freiwillige Selbstauskunft zur Anzahl der berücksichtigungsfähigen Kinder

Haben Sie Kinder?

Ich mache keine Angaben

Ja, ich habe Kinder (altersunabhängig)

Wie viele dieser Kinder sind zum Zeitpunkt der Abgabe dieser Erklärung **jünger als 25 Jahre?** (berücksichtigungsfähige Kinder nach § 55 Abs. 3 SGB XI)

kein Kind 1 Kind 2 Kinder 3 Kinder 4 Kinder 5 Kinder und mehr

(Bitte kreuzen Sie nur die Anzahl der Kinder bis zum vollendeten 25. Lebensjahr an. Hinweise zu berücksichtigungsfähigen Kindern nach § 55 Abs. 3 SGB XI erhalten Sie bei Ihrer Krankenkasse.)

Mit meiner Unterschrift nehme ich zur Kenntnis, dass ich jede Änderung umgehend und unaufgefordert dem Landesamt für Zentrale Dienste unter Angabe von Name, Vorname, Personalnummer und Datum der Wirksamkeit mitzuteilen habe. Mir ist bekannt, dass insbesondere die Vollendung des 25. Lebensjahres eines Kindes anzuzeigen ist und bei verspäteter Anzeige gewährte Beitragsabschläge unverzüglich nachenthalten werden.

Ich versichere, die Ausführungen in der Erklärung zur Kenntnis genommen und meine Angaben entsprechend gemacht zu haben.

Datum: _____ Unterschrift: _____