

Hinweis: Die Beantwortung der Fragen ist erforderlich, damit über die Versicherungspflicht von Personen in Beschäftigungen gegen Arbeitsentgelt (§§ 5 ff. SGB V, §§ 1 ff. SGB VI, §§ 24 ff. SGB III) entschieden werden kann. In welchem Umfang Ihre Mitwirkung erforderlich ist, ergibt sich aus § 280 Abs. 2 SGB IV, § 206 SGB V und § 98 Abs. 1 SGB X. Danach sind Sie verpflichtet, alle Tatsachen anzugeben und die notwendigen Urkunden und sonstige Beweismittel zur Verfügung zu stellen.

Versicherte/r

Versichertennummer

Feststellungsbogen zur versicherungsrechtlichen Beurteilung eines Beschäftigungsverhältnisses zwischen Angehörigen (Ehe-/Lebenspartner**), Verlobte, Lebensgefährten, geschiedene Ehepartner, Abkömmlinge***) Verwandte, Verschwägerete, sonstige Familienangehörige)

(Bescheinigung ist vom Mitglied und Arbeitgeber auszufüllen.)

1 Angaben zur Person des/der mitarbeitenden Angehörigen

Vor- und Zuname der/des Beschäftigten	Geburtsname	Geburtsdatum
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Rentenversicherungsnummer	Telefon (tagsüber erreichbar)	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Art der Bindung zum Arbeitgeber (z.B. Ehepartner)	Erlerner Beruf	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	

2 Angaben zur ausgeübten Tätigkeit

2.1 Zeiten der Mitarbeit des/der Angehörigen

vom	bis	Mitarbeit/beschäftigt als	Ort der Tätigkeit (z.B. Betrieb, zu Hause)	durchschnittl. wöchentl. Arbeitszeit		Arbeitszeit			regelmäßiges monatl. Arbeitsentgelt		
				Arbeitstage	Stunden	fest	nach Belieben	unregelmäßig	Betrag	Brutto	Netto*)
						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	€	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	€	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	€	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2.2 Beschreibung der zurzeit ausgeübten Tätigkeit:

- 2.3 Wird die Tätigkeit auf Grund einer arbeitsvertraglichen Vereinbarung ausgeübt (Kopie ggf. bitte beifügen)? nein ja*)
- 2.4 Ist der/die mitarbeitende Angehörige in den Betrieb wie eine fremde Arbeitskraft eingegliedert und wird die Tätigkeit tatsächlich ausgeübt? nein ja*)
- 2.5 Müsste ohne die Mitarbeit des/der Angehörigen eine andere Arbeitskraft eingestellt werden? nein ja*)
- 2.6 Ist der/die mitarbeitende Angehörige an Weisungen des/der Betriebsinhabers/-inhaberin über die Ausführung der Arbeit gebunden und wird das Weisungsrecht tatsächlich ausgeübt? nein ja*)
- 2.7 Kann der/die mitarbeitende Angehörige seine/ihre Tätigkeit frei bestimmen und gestalten? nein ja*)
- 2.8 Wirkt der/die mitarbeitende Angehörige bei der Führung des Betriebs - z.B. auf Grund besonderer Fachkenntnisse - mit? nein ja*)
- 2.9 Ist die Mitarbeit - auf Grund familienhafter Rücksichtnahmen - durch ein gleichberechtigtes Nebeneinander zum/zur Betriebsinhaber/in geprägt? nein ja*)

*) Zutreffendes bitte ankreuzen

**) Gleichgeschlechtlicher Lebenspartner im Sinne des Lebenspartnerschaftsgesetzes (LPartG)

***) Nachkommen einer Person, die in gerader Linie voneinander abstammen wie leibliche Kinder, Enkel und Urenkel sowie adoptierte Kinder; nicht aber Stief- oder Pflegekinder

2.10 Ist ein Urlaubsanspruch und/oder eine Kündigungsfrist vereinbart? nein ja*)

Urlaubsanspruch Arbeitstage Kündigungsfrist

2.11 Wird bei Arbeitsunfähigkeit das Arbeitsentgelt fortgezahlt? nein ja*)

Wenn ja, mindestens 6 Wochen unter 6 Wochen

2.12 Entspricht das Arbeitsentgelt dem tariflichen bzw. dem ortsüblichen Lohn/Gehalt? nein ja*)

Wenn nein, Gründe:

2.13 Wird das Arbeitsentgelt regelmäßig (monatlich, wöchentlich) gezahlt? nein ja*)

Wenn nein, Gründe:

2.14 Werden sonstige Bezüge (z.B. Weihnachts-, Urlaubsgeld, Sachbezüge, Gewinnausschüttung) gewährt? nein ja*)

Wenn ja, in welcher Art und Höhe?

2.15 Das Arbeitsentgelt wird

auf ein priv. Bank-/Girokonto überwiesen, für das der/die mitarbeitende Angehörige verfügungsberechtigt ist.

bar gegen Quittung ausgezahlt.

auf folgender Art gezahlt:

aus folgendem Grund nicht ausgezahlt:

2.16 Wird von dem Arbeitsentgelt Lohnsteuer entrichtet? nein ja*)

2.17 Wird das Arbeitsentgelt als Betriebsausgabe gebucht? nein ja*)

2.18 Bestehen neben der zu beurteilenden Beschäftigung weitere Arbeitsverhältnisse? nein ja*)

Wenn ja, bei

2.19 Übt der/die Angehörige neben der zu beurteilenden Beschäftigung eine selbstständige/frei-berufliche Tätigkeit aus? nein ja*)

2.20 Wurde zu der von dem/der Angehörigen ausgeübten Beschäftigung von einem Sozialversicherungsträger bereits ein Beitragsbescheid erteilt? nein ja*)

Wenn ja, Beitragsbescheid bitte beifügen.

3 Angaben zum Betrieb

3.1 Handelt/e es sich bei dem Betrieb um eine Personengesellschaft (GbR, OHG, KG) oder Kapitalgesellschaft (AG, GmbH, KG auf Aktien)? nein ja*)

Wenn ja, Rechtsform:

3.2 Ist/War der/die mitarbeitende Angehörige an dem Betrieb beteiligt? nein ja*)

Wenn ja, Art und Höhe: _____

Hinweis: Bei vor dem 03.10.1990 in den Bundesländern gegründeten bzw. übernommenen Betrieben auch Beteiligungen in Form von "Bruchteilsvermögen", welches ursprünglich aus einer bis 02.10.1990 bestehenden Eigentums- und Vermögensgemeinschaft nach § 13 FGB-DDR entstanden ist.

3.3 Hat/Hatte der/die mitarbeitende Angehörige dem/der Betrieb/Betriebsinhaber/in Darlehen gewährt oder für den/die Betrieb/Betriebsinhaber/in Bürgschaften/Sicherheiten übernommen? nein ja*)

Wenn ja, Darlehen in Höhe von € _____
 Bürgschaft in Höhe von € _____
 Sicherheiten in Höhe von € _____

3.4 Verfügt der Betrieb über

- Anlagevermögen im Alleineigentum/Miteigentum des/der mitarbeitenden Angehörigen (Betriebsgrundstücke, Betriebsgebäude, technische Anlagen und Maschinen, Betriebs- und Geschäftsausstattung, Beteiligungen und andere Finanzanlagen)? nein ja*)

- Umlaufvermögen im Alleineigentum/Miteigentum des/der mitarbeitenden Angehörigen (Wirtschaftsgüter, die zur Veräußerung, Verarbeitung oder zum Verbrauch angeschafft oder hergestellt worden sind, insbesondere Roh-, Hilfs- und Betriebsstoffe, Erzeugnisse und Waren, Kassenbestände)? nein ja*)

Soweit ja, kurze Sachdarstellung:

3.5 Ist/War die Betriebsstätte gepachtet, gemietet oder zur Nutzung überlassen? nein ja*)

Wenn ja, Name Pächter/in Mieter/in Nutzer/in: _____
 Name Verpächter/in Vermieter/in Überlassende/r: _____

Falls der/die mitarbeitende Angehörige Verpächter/in/Vermieter/in/Überlassende/r ist,
 monatliche Pacht Miete Überlassungsvergütung € _____

Nur auszufüllen bei Mitarbeit beim Ehepartner.

3.6 Liegt gemäß notarieller Vereinbarung der eheliche Güterstand der Gütergemeinschaft (§§ 1415 ff. BGB) vor oder gilt bei vor dem 03.10.1990 in den Neuen Bundesländern geschlossenen Ehen der gesetzlichen Güterstandes der Eigentums- und Vermögensgemeinschaft (§ 13 FGB-DDR) auf Grund notariell beurkundeter Erklärung vor dem Kreisgericht weiter und gehört der Betrieb zum Gesamtgut (§ 1416 BGB) der Gütergemeinschaft/Gemeinschaftlichen Eigentum (§13 FGB-DDR) der Eigentums- und Vermögensgemeinschaft? nein ja*)

3.7 Gehören das Anlage- und/oder Umlaufvermögen zum Gesamtgut bzw. gemeinschaftlichen Eigentum und übersteigt der (geschätzte) Wert dieses gemeinschaftlichen Eigentums das Sechsfache des Jahreshaltes des mitarbeitenden Ehepartners? nein ja*)

3.8 Tag der Eheschließung: _____

*) Zutreffendes bitte ankreuzen

Nur auszufüllen bei Mitarbeit beim Lebenspartner nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz (LPartG).

3.9 Wurde ein Lebenspartnerschaftsvertrag (§ 7 LPartG) abgeschlossen und ist der Betrieb Bestandteil dieses Vertrages? nein ja*)

Tag der Begründung der Lebenspartnerschaft:

Anlagen

- Arbeitsvertrag (vgl. 2.3)
- Beitragsbescheid (vgl. 2.20)
- Beurkundeter Ehevertrag/Vereinbarung zum Güterstand
- Lebenspartnerschaftsvertrag (vgl. 3.9)
- Grundbuchauszug
- Nachweis über fehlenden Grundbucheintrag
- Urkunden bzw. beurkundete Vereinbarung über Alleineigentum an Betriebsgrundstücken, Betriebsgebäuden und Betriebsanlagen
-

*) Zutreffendes bitte ankreuzen

Erklärungen:

Wir versichern, die vorstehenden Fragen wahrheitsgemäß und den Tatsachen entsprechend beantwortet zu haben. Ich habe davon Kenntnis genommen, dass Änderungen in den Anstellungsverhältnissen zu einer anderen versicherungsrechtlichen Beurteilung führen können und es deshalb erforderlich ist, solche Änderungen umgehend mitzuteilen.

Betriebsnummer

Ort, Datum/Unterschrift des/der mitarbeitenden Angehörigen

Unterschrift und Firmenstempel des Arbeitgebers

Entscheidung der Geschäftsstelle

Datum/Unterschrift des/der BGF/des/der zust. Verantwortlichen