

Einkommenserklärung - Bitte ausgefüllt zurückgeben

Hinweis:

Die Erhebung der Daten beruht auf §§ 226, 229, 237 in Verbindung mit § 206 SGB V und § 57 SGB XI.

Name, Vorname und Geburtstag	Telefon-Nr. (freiwillige Angabe)
Anschrift	Nationalität
Meine Steuer ID-Nr. _____	

Hinweis: Wir sind verpflichtet, die von Ihnen gezahlten Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung dem Finanzamt zu melden. Sofern uns Ihre Steuer ID-Nr. nicht vorliegt, werden wir diese beim Bundeszentralamt erfragen.

<input type="checkbox"/> Erhalten Sie eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	1. Rente Rentenversicherungsträger seit _____ <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:60%;">Versicherungs-Nr.</td> <td style="width:40%;">Leistungsart</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Rentenhöhe €</td> </tr> </table>	Versicherungs-Nr.	Leistungsart	Rentenhöhe €	
Versicherungs-Nr.	Leistungsart					
Rentenhöhe €						
Erhalten Sie mehr als eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung (bitte auch gesetzliche Renten aus dem Ausland angeben)?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	2. Rente Rentenversicherungsträger seit _____ <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:60%;">Versicherungs-Nr.</td> <td style="width:40%;">Leistungsart</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Rentenhöhe €</td> </tr> </table>	Versicherungs-Nr.	Leistungsart	Rentenhöhe €	
Versicherungs-Nr.	Leistungsart					
Rentenhöhe €						
<input type="checkbox"/> Erhalten oder <input type="checkbox"/> erwarten Sie Versorgungsbezüge (z.B. Pension, Betriebsrente)?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	1. Zahlstelle (Name und Anschrift) ab/seit _____ Aktenzeichen der Zahlstelle (z. B. Personalnummer) <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:60%;">Art des Versorgungsbezuges</td> <td style="width:40%;">Höhe der Versorgungsbezüge €</td> </tr> </table>	Art des Versorgungsbezuges	Höhe der Versorgungsbezüge €		
Art des Versorgungsbezuges	Höhe der Versorgungsbezüge €					
<input type="checkbox"/> Erhalten oder <input type="checkbox"/> erwarten Sie mehr als einen Versorgungsbezug (z. B. Pension, Betriebsrente)?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	2. Zahlstelle (Name und Anschrift) ab/seit _____ Aktenzeichen der Zahlstelle (z. B. Personalnummer) <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:60%;">Art des Versorgungsbezuges</td> <td style="width:40%;">Höhe der Versorgungsbezüge €</td> </tr> </table>	Art des Versorgungsbezuges	Höhe der Versorgungsbezüge €		
Art des Versorgungsbezuges	Höhe der Versorgungsbezüge €					
Haben Sie positives oder negatives Arbeitseinkommen aus selbständiger Erwerbstätigkeit?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Art der Tätigkeit wöchentliche Arbeitszeit Std. Höhe des monatlichen Arbeitseinkommens (steuerrechtlicher Gewinn) € seit _____ Anzahl der beschäftigten Arbeitnehmer ,davon geringfügig _____				
Haben Sie <input type="checkbox"/> Arbeitsentgelt aus unselbständiger Beschäftigung oder <input type="checkbox"/> Vorruhestandsgeld?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Arbeitgeber und Art der Beschäftigung Höhe des Arbeitsentgelts € seit _____				
Haben Sie nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Krankheit und Pflege Anspruch auf Beihilfe oder Heilfürsorge?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Anschrift der Beihilfestelle				
<input type="checkbox"/> Haben Sie bereits erhalten, <input type="checkbox"/> erhalten Sie oder <input type="checkbox"/> erwarten Sie eine einmalige Kapitalzahlung, die in Zusammenhang mit Ihrem Arbeitsleben steht (z. B. Direktversicherung, Abfindung eines Versorgungsbezuges)?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	1. Zahlstelle (Name und Anschrift) Zahlung am _____ Aktenzeichen der Zahlstelle <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:60%;">Art der Versorgungsbezüge (z.B. Direktversicherung)</td> <td style="width:40%;">Höhe der Versorgungsbezüge €</td> </tr> </table>	Art der Versorgungsbezüge (z.B. Direktversicherung)	Höhe der Versorgungsbezüge €		
Art der Versorgungsbezüge (z.B. Direktversicherung)	Höhe der Versorgungsbezüge €					
Kinder sind bei der Beitragsberechnung Pflegeversicherung zu berücksichtigen? (Das Alter der Kinder spielt dabei keine Rolle)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	falls ja, bitte Nachweise beifügen (z.B. die Kopie der Geburtsurkunde eines Kindes)				

Ich versichere, dass ich die Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht habe. Mir ist bekannt, dass ich verpflichtet bin, meiner Krankenkasse/Pflegekasse den Beginn, die Höhe, Veränderung und die Zahlstelle dieser Bezüge sowie den Bezug von Arbeitseinkommen unverzüglich vollständig zu melden.

Ort, Datum	Unterschrift
-------------------	---------------------