

Versicherungsnummer

Kennzeichen  
(soweit bekannt)



Deutsche  
Rentenversicherung

MSAT / MSNR

--	--	--	--

## Erklärung der Versicherten / des Versicherten

# G0532

Diese Erklärung ist wenige Tage vor Beginn der Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben auszufüllen und Ihrem Rentenversicherungsträger zu übersenden. Die Ziffern 2, 3, 5 und 6 werden im **Formular G0530** - Wichtige Informationen zum Übergangsgeld erläutert.  
Sie können dieses Formular auch elektronisch auf [www.deutsche-rentenversicherung.de/eantrag-g0532](http://www.deutsche-rentenversicherung.de/eantrag-g0532) ausfüllen.

Versicherter (Name, Vorname)	Geburtsdatum
Persönliche Identifikationsnummer für steuerliche Zwecke - erforderlich im Zusammenhang mit der Übergangsgeldzahlung	

### 1 Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben

Beginn der Leistung am: \_\_\_\_\_

### 2 Angaben zum Beschäftigungsverhältnis / Versicherungsverhältnis

Ich habe ein weiteres Beschäftigungsverhältnis beziehungsweise weitere versicherungspflichtige Beschäftigungsverhältnisse oder bin außerdem rentenversicherter Selbständiger

nein     ja

Falls ja, bitte zusätzlich das Formular G0542 für jedes zusätzliche Versicherungsverhältnis ausfüllen.

Ich bin zu Beginn der Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben

**arbeitslos / arbeitsuchend** seit: \_\_\_\_\_

und erhalte **Arbeitslosengeld**. Den Beginn der Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben habe ich der Agentur für Arbeit mitgeteilt. Den Bewilligungsbescheid / Änderungsbescheid und Aufhebungsbescheid füge ich bei. Das **Formular G0533** - Hinweise für den Arbeitgeber ist dem letzten Arbeitgeber vorzulegen. Dieser wird die Entgeltdaten zur Berechnung des Übergangsgeldes elektronisch an uns übermitteln.

und erhalte **kein Arbeitslosengeld** von der Agentur für Arbeit (zum Beispiel wegen Sperrzeit). Die Mitteilung über das Ruhen der Leistung füge ich bei. Das **Formular G0533** ist dem letzten Arbeitgeber vorzulegen. Dieser wird die Entgeltdaten zur Berechnung des Übergangsgeldes elektronisch an uns übermitteln.

und erhalte **Bürgergeld**. Den Beginn der Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben habe ich der auszahlenden Stelle mitgeteilt.  
Das **Formular G0533** ist dem letzten Arbeitgeber vorzulegen. Dieser wird die Entgeltdaten zur Berechnung des Übergangsgeldes elektronisch an uns übermitteln.

und erhalte wegen fehlender Bedürftigkeit **kein Bürgergeld**. Das **Formular G0533** ist dem letzten Arbeitgeber vorzulegen. Dieser wird die Entgeltdaten zur Berechnung des Übergangsgeldes elektronisch an uns übermitteln.

**versicherungspflichtig beschäftigt**.  
Das **Formular G0533** ist dem letzten Arbeitgeber vorzulegen. Dieser wird die Entgeltdaten zur Berechnung des Übergangsgeldes elektronisch an uns übermitteln.



Versicherungsnummer

Kennzeichen  
(soweit bekannt) MSAT / MSNR

noch Ziffer 2

**arbeitsunfähig** krank seit: \_\_\_\_\_

und beziehe **Krankengeld** von der gesetzlichen Krankenversicherung **als Pflichtversicherter oder als freiwillig Versicherter**. Erforderliche Daten fordern wir im Rahmen eines elektronischen Datenaustauschverfahrens von Ihrer Krankenkasse an.

und beziehe als Arbeitnehmer **Krankentagegeld** von einem privaten Versicherungsunternehmen. Das **Formular G0533** ist dem letzten Arbeitgeber vorzulegen. Dieser wird die Entgeltdaten zur Berechnung des Übergangsgeldes elektronisch an uns übermitteln.

und beziehe **Verletztengeld** von \_\_\_\_\_ Aktenzeichen: \_\_\_\_\_

und erhalte **Sachbezüge** bis \_\_\_\_\_ in Höhe von

monatlicher Betrag brutto

monatlicher Betrag netto

Ich bin zu Beginn der Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben

**arbeitsunfähig** krank seit \_\_\_\_\_ ausgesteuert seit \_\_\_\_\_ und beziehe **Arbeitslosengeld** (den Aufhebungsbescheid füge ich bei) **oder Bürgergeld**. Die erforderlichen Daten fordern wir von Ihrer Krankenkasse an.

**selbständig erwerbstätig**.

Für das letzte Kalenderjahr wurden **Beiträge** zur gesetzlichen Rentenversicherung gezahlt.

nein  ja

Mein Betrieb / Gewerbe ist zu Beginn der Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben beziehungsweise Arbeitsunfähigkeit angemeldet.

nein  ja

Ich bin freiberuflich tätig.

nein  ja

In meinem Betrieb / Gewerbe sind weitere Personen beschäftigt.

nein  ja

Ich bin Gesellschafter einer Personenhandelsgesellschaft oder Partnerschaftsgesellschaft und habe von der Möglichkeit des § 1a Körperschaftssteuergesetz Gebrauch gemacht.

nein  ja



versicherungsnummer
---------------------

Kennzeichen (soweit bekannt)	MSAT / MSNR
---------------------------------	-------------

noch Ziffer 2

Ich bin Mitglied der		Name der Krankenversicherung	
<input type="checkbox"/>	gesetzlichen Krankenversicherung.	_____	
<input type="checkbox"/>	privaten Krankenversicherung.	_____	
<input type="checkbox"/>	Ich gehöre <b>nicht</b> zu den vorstehend genannten Personenkreisen.	Ich bin (zum Beispiel Hausfrau)	

### 3 Nachweis der beruflichen Qualifikation

Bezeichnung der Qualifikation	
Meine höchste berufliche Qualifikation ist	_____
<b>Bitte Nachweis beifügen.</b> (Bis zum Vorliegen eines Nachweises erfolgt die Zuordnung grundsätzlich in die Qualifikationsgruppe 4.)	

### 4 Versicherungspflicht zur Rentenversicherung während des Bezuges von Übergangsgeld

Ergibt die Prüfung, dass für die Dauer des Bezuges von Übergangsgeld keine Versicherungspflicht kraft Gesetzes besteht, beantrage ich hiermit die Versicherungspflicht. Falls nicht gewünscht, bitte streichen.
--

### 5 Angaben zu Kindern

<b>5.1 Zur Feststellung der Höhe des Übergangsgeldes</b>	
Ich habe	
<input type="checkbox"/>	kein Kind.
<input type="checkbox"/>	ein leibliches Kind / Adoptivkind. <input type="checkbox"/> ein Pflegekind / Stiefkind und lebe mit ihm in häuslicher Gemeinschaft.
Name, Vorname des jüngsten Kindes	Geburtsdatum
Für mein Kind / eines meiner Kinder besteht ein Anspruch auf Kindergeld, unabhängig davon, wo das Kind lebt und wer das Kindergeld erhält.	
<input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/> ja
Falls ja, Zahlstelle	Aktenzeichen
Voraussichtliches Ende des Kindergeldanspruches	
Bei volljährigen Kindern bitte Nachweis über den Anspruch auf Kindergeld beifügen.	
<b>5.2 Zur Feststellung des Beitragszuschlages für Kinderlose in der gesetzlichen Pflegeversicherung</b>	
<input type="checkbox"/> Ich habe / hatte ein Kind (unabhängig vom Alter und Kindergeldanspruch). Bitte geeigneten <b>Nachweis</b> beifügen.	



