

Versicherungsnummer

Grid for insurance number

Kennzeichen
(soweit bekannt)

Grid for identification number



Deutsche
Rentenversicherung

MSAT / MSNR

Grid for MSAT / MSNR

Erklärung der Versicherten / des Versicherten für jedes zusätzliche Beschäftigungsverhältnis / Versicherungsverhältnis

G0542

Diese Erklärung ist wenige Tage vor Beginn der Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben auszufüllen und Ihrem Rentenversicherungsträger **zusätzlich zum Formular G0532** zu übersenden.

Versicherter (Name, Vorname)	Geburtsdatum
Angaben zum Arbeitgeber beziehungsweise Versicherungsverhältnis	

1 Angaben zum zusätzlichen Beschäftigungsverhältnis / Versicherungsverhältnis

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. Die **Formulare G0533** - Hinweise für den Arbeitgeber, **G0534** - Erläuterungen zur Entgeltbescheinigung für den Arbeitgeber und **G0535** - Entgeltbescheinigung zur Berechnung von Übergangsgeld sind dem letzten Arbeitgeber vorzulegen.

und erhalte **kein Arbeitslosengeld** von der Agentur für Arbeit (zum Beispiel wegen Sperrzeit). Die Mitteilung über das Ruhen der Leistung füge ich bei. Die **Formulare G0533, G0534 und G0535** sind dem letzten Arbeitgeber vorzulegen.

versicherungspflichtig beschäftigt.
Die **Formulare G0533, G0534 und G0535** sind dem letzten Arbeitgeber vorzulegen.

Ich stehe / stand zuletzt in einem Beschäftigungsverhältnis mit einem **Arbeitsentgelt im Übergangsbereich** (beziehungsweise bis 30.06.2019 innerhalb der Gleitzone).

nein ja

Falls das Arbeitsentgelt innerhalb der Gleitzone lag: Ich hatte auf die Beitragsminderung in der Rentenversicherung verzichtet.

nein ja

arbeitsunfähig krank seit: _____

und beziehe **Krankengeld als Pflichtversicherter** in der gesetzlichen Krankenversicherung.

und beziehe **Krankengeld als freiwillig Versicherter** von der gesetzlichen Krankenversicherung oder von einem privaten Versicherungsunternehmen Krankentagegeld. Die **Formulare G0533, G0534 und G0535** sind dem letzten Arbeitgeber vorzulegen.



Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)	MSAT / MSNR

noch Ziffer 1

<input type="checkbox"/> und beziehe Verletztengeld von _____ Aktenzeichen: _____ <input type="checkbox"/> und erhalte Sachbezüge bis _____ in Höhe von _____	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="text-align: center;">monatlicher Betrag brutto</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">monatlicher Betrag netto</td> </tr> </table>	monatlicher Betrag brutto	monatlicher Betrag netto
monatlicher Betrag brutto			
monatlicher Betrag netto			
<p>Ich bin zu Beginn der Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben</p> <input type="checkbox"/> arbeitsunfähig krank seit _____ ausgesteuert seit _____ und beziehe Arbeitslosengeld . <input type="checkbox"/> selbständig erwerbstätig . Für das letzte Kalenderjahr wurden Beiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung gezahlt. <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja			
<p>Mein Betrieb / Gewerbe ist zu Beginn der Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben beziehungsweise Arbeitsunfähigkeit angemeldet.</p> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja			
<p>Ich bin freiberuflich tätig.</p> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja			
<p>In meinem Betrieb / Gewerbe sind weitere Personen beschäftigt.</p> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja			
<p>Ich bin Mitglied der _____ Name der Krankenversicherung</p> <input type="checkbox"/> gesetzlichen Krankenversicherung. _____ <input type="checkbox"/> privaten Krankenversicherung. _____			

2 Erklärung

<p>Ich versichere, alle Fragen nach bestem Wissen beantwortet zu haben. Mir ist bekannt, dass falsche oder unterlassene Angaben strafrechtliche Folgen nach sich ziehen können. Ich verpflichte mich, dem Rentenversicherungsträger jede Änderung meiner Angaben ohne Aufforderung unverzüglich mitzuteilen.</p>	
_____ Ort, Datum	_____ Unterschrift der Versicherten / des Versicherten

