

Versicherungsnummer

Kennzeichen
(soweit bekannt)

2.2.2 Sofern Sie Ihre Tätigkeit **vor** dem 1.1.2025 aufgenommen haben:
Bitte machen Sie durchgehend Angaben, ob Ihr geschätztes monatliches Arbeitseinkommen (Gewinn) ab Aufnahme der selbständigen Tätigkeit die maßgebende Geringfügigkeitsgrenze (bis 31.12.2022: 450 EUR, vom 1.1.2023 bis 31.12.2023: 520 EUR, vom 1.1.2024 bis 31.12.2024: 538 EUR, ab 1.1.2025: 556 EUR) übersteigt.

Zeitraum vom - bis

maßgebende Geringfügigkeitsgrenze

nicht überschritten überschritten

nicht überschritten überschritten

nicht überschritten überschritten

2.3 Beschäftigen Sie im Zusammenhang mit Ihrer selbständigen Tätigkeit regelmäßig mindestens einen Arbeitnehmer / Auszubildenden?

nein ja, bitte Unterlagen über die Anzahl der beschäftigten Arbeitnehmer / Auszubildenden sowie über die Höhe des monatlichen Arbeitsentgelts beifügen
Die Beantwortung der Ziffern 3.1 bis 3.9 entfällt.

2.4 Für welche / welchen Auftraggeber sind Sie tätig? (bitte Verträge beifügen)

2.4.1 Sofern Sie für mehrere Auftraggeber tätig sind: Handelt es sich bei diesen um Konzernunternehmen oder verbundene Unternehmen?

nein ja

2.4.2 Sofern Sie für mehrere Auftraggeber tätig sind, die nicht Konzernunternehmen oder verbundene Unternehmen sind: Beziehen Sie auf Dauer mindestens 5/6 Ihrer gesamten Betriebseinnahmen aus diesen Tätigkeiten von **einem** dieser Auftraggeber?

nein ja

2.5 Wird Ihr Unternehmen in der Rechtsform einer Gesellschaft (zum Beispiel GmbH, KG, Partnerschaftsgesellschaft, GbR, Bürogemeinschaft oder Praxisgemeinschaft) geführt?

Name der Gesellschaft

nein ja

Art der Gesellschaft (Gesellschaftsvertrag beifügen)

bei Bürogemeinschaften oder Praxisgemeinschaften: Anzahl der Partner

2.6 Erhalten Sie eine Versorgung nach beamtenrechtlichen Vorschriften, kirchenrechtlichen Regelungen oder Regelungen einer berufsständischen Versorgungseinrichtung wegen Erreichens der Altersgrenze?

seit wann?

nein ja

von welchem Träger? Bitte Unterlagen beifügen.



Versicherungsnummer

Kennzeichen
(soweit bekannt)

3 Weitere Angaben zur ausgeübten Tätigkeit

3.1 Wurde bereits durch eine Krankenkasse / einen Rentenversicherungsträger oder die Künstlersozialkasse für diese Tätigkeit festgestellt, dass Sie **nicht** in einem abhängigen Beschäftigungsverhältnis zu Ihrem Auftraggeber stehen?

nein ja, bitte Bescheid beifügen
Die Beantwortung der Fragen 3.2 bis 3.9 ist nicht erforderlich.

3.2 Beziehen Sie für diese Tätigkeit als Existenzgründer Überbrückungsgeld oder einen Gründungszuschuss von der Agentur für Arbeit (Arbeitsamt) oder haben Sie eine dieser Leistungen bezogen?

nein ja, bitte Bescheid beifügen

3.3 Waren Sie vor Ihrer jetzigen Tätigkeit für Ihren / einen Ihrer Auftraggeber als Arbeitnehmer tätig?

nein ja, bitte den Unterschied zur vorherigen Tätigkeit auf einem gesonderten Blatt beschreiben

3.4 Arbeiten Sie am Betriebssitz Ihres Auftraggebers?

nein ja

3.5 Haben Sie regelmäßige Arbeitszeiten und Anwesenheitszeiten einzuhalten?

Anzahl der Stunden

nein ja _____ Stunden täglich wöchentlich monatlich

3.6 Werden Ihnen Weisungen hinsichtlich der Ausführung (Art und Weise) Ihrer Tätigkeit erteilt?

nein ja

3.7 Kann Ihr Auftraggeber Ihr Einsatzgebiet auch ohne Ihre Zustimmung verändern?

nein ja

3.8 Ist die Einstellung von Vertretern beziehungsweise Hilfskräften durch Sie von der Zustimmung Ihres Auftraggebers abhängig?

nein ja

3.9 Beschreiben Sie bitte Ihr unternehmerisches Handeln bezüglich eigenen Kapitaleinsatzes, eigener Kalkulation, Preisgestaltung, Werbung und Ablehnung von Aufträgen.



Versicherungsnummer 	Kennzeichen (soweit bekannt)
-------------------------	-------------------------------------

4 Angaben zur Befreiung wegen Existenzgründung

<p>4.1 Haben Sie vor der derzeitigen selbständigen Tätigkeit bereits andere selbständige Tätigkeiten aufgenommen, bei denen Sie auf Dauer und im Wesentlichen nur für einen Auftraggeber tätig waren und keinen versicherungspflichtigen Arbeitnehmer beschäftigt haben?</p> <p style="text-align: center;">Zeitpunkt der Aufnahme(n)</p> <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p> <p style="text-align: center;">Art der Tätigkeit(en)</p>	
<p>4.2 Soll die Befreiung bereits vor dem Ablauf von drei Jahren nach der Aufnahme der selbständigen Tätigkeit enden?</p> <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Ende der Befreiung: _____</p>	

5 Dokumentenzugang für sehbehinderte Menschen

Menschen mit einer Behinderung (zum Beispiel blinde oder sehbehinderte Menschen) haben Anspruch darauf, Dokumente in einer für sie wahrnehmbaren Form zu erhalten.

Aufgrund meiner Behinderung bitte ich darum, mir Dokumente zusätzlich in **einer** für mich wahrnehmbaren Form zuzusenden, und zwar

- als Großdruck
- in Braille (Kurzschrift)
- in Braille (Vollschrift)
- als CD (Schriftdatei / Textdatei im ".doc"-Format)
- als Hörmedium (CD-DAISY Format)

6 Erklärung

Ich beantrage die Befreiung von der Versicherungspflicht als Selbständiger mit einem Auftraggeber ab Eintritt der Versicherungspflicht.

Ich versichere, dass ich sämtliche Angaben in diesem Vordruck nach bestem Wissen gemacht habe und die Vereinbarungen in den übersandten Verträgen den tatsächlichen Verhältnissen entsprechen.

Ort, Datum

Unterschrift des Antragstellers



Versicherungsnummer

Kennzeichen
(soweit bekannt)

7 Anlagen sind als Kopie beigefügt:

Verträge mit dem Auftraggeber
(zum Beispiel Rahmenvertrag, Projektvertrag, Dienstleistungsvertrag, Werkvertrag, Handelsvertretervertrag, Versicherungsvertretervertrag, vergleiche Frage 2.4)

sonstige Unterlagen: _____

8 Hinweis

Wird der Antrag von einem Bevollmächtigten gestellt, ist eine **Vollmacht** erforderlich.

9 Bestätigungsvermerk (nicht vom Antragsteller auszufüllen)

Die **Angaben der Personenstandsdaten** zu Ziffer 1 werden bestätigt durch:

Geburtsurkunde Personalausweis _____

Stempel

Datum, Unterschrift

