



Universität Regensburg

Geschäftszeichen, falls bekannt

Beschäftigung an der Universität Regensburg

Angaben zur Sozialversicherung Beilage zum Lohnkonto (§ 2 Abs. 1 Nr. 6 und § 2 Abs. 2 Nachweisgesetz)

Name, Vorname	Geburtsdatum	Rentenversicherungsnummer	Beginn der Beschäftigung
Straße		Postleitzahl und Wohnort	Telefon
Steueridentifikationsnummer (ID-Nr.)		E-Mail-Adresse	

1. Sind Sie an einer Universität oder Hochschule eingeschrieben ja nein

Falls ja,

<input type="checkbox"/> Erst- / Bachelorstudium*	<input type="checkbox"/> Masterstudium*	<input type="checkbox"/> Ergänzungs- / Aufbaustudium*	<input type="checkbox"/> Zweitstudium*	<input type="checkbox"/> Promotionsstudium*
---	---	---	--	---

*Eine Immatrikulationsbescheinigung ist stets beizufügen.

2. Üben Sie neben der Beschäftigung an der Universität Regensburg noch weitere Beschäftigungen aus? ja nein

Falls ja,

handelt es sich bei Ihrer Beschäftigung an der Universität Regensburg um ein

Hauptarbeitsverhältnis (Versteuerung erfolgt mit Steuerklasse I – V) oder Nebenarbeitsverhältnis (Versteuerung erfolgt mit Steuerklasse VI)

bitte genaue zeitliche und betragsmäßige Angaben der weiteren Beschäftigung(en)

Zeitraum a) von b) bis	Wöch. Arbeitszeit in Stunden	Monatliches Bruttoentgelt in Euro	Beschäftigung ist sozialversicherungspflichtig	Beschäftigung ist geringfügig entlohnt (mtl. Brutto bis 520 €)	Soz.vers.freie kurzfristige Beschäftigung (bis 3 Monate oder 70 Arbeitstage)	Arbeitgeber (genaue Anschrift)
a))			<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	
b))			<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nein	
a))			<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	
b))			<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nein	

3. Waren Sie seit Beginn des Kalenderjahres noch bei einem anderen Arbeitgeber beschäftigt? ja nein

Wenn ja, bitte genaue zeitliche und betragsmäßige Angaben

Zeitraum a) von b) bis	Arbeits-tage	Monatliches Bruttoentgelt in Euro	Beschäftigung war geringfügig entlohnt (bis mtl. 520 €)	Beschäftigung war versicherungsfrei wegen Kurzfristigkeit (bis 3 Monate oder 70 Arbeitstage)	Arbeitgeber (genaue Anschrift)
a))			<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	
b))			<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nein	
a))			<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	
b))			<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nein	

(Für weitere Beschäftigungsverhältnisse bitte Zusatzblatt verwenden.)

4. Beziehen oder bezogen Sie im laufenden Kalenderjahr Leistungen der Agentur für Arbeit? ja nein

Wenn ja, bitte genaue zeitliche Angaben

Zeitraum a) von b) bis	Leistungsart (z.B. Arbeitslosengeld, Arbeitslosenhilfe, Unterhaltsgeld, Umschulung oder dergleichen)	Agentur für Arbeit
a))		
b))		
a))		
b))		

5. Neben der obigen Beschäftigung bin ich

Hausfrau/Hausmann oder nicht beschäftigt

Rentnerin/Rentner / Versorgungsempfängerin/-empfänger / Waisengeldempfängerin/-empfänger

in der Elternzeit

6. Wird neben der Beschäftigung bei der Universität Regensburg noch eine selbständige Tätigkeit / ein Gewerbe ausgeübt? ja nein

Falls ja, in welchem Umfang wird diese ausgeübt

im geringfügig entlohnten Bereich (bis mtl. 520 €)

7. Besteht neben der Beschäftigung bei der Universität Regensburg noch ein Beamtenverhältnis? ja nein

8. Angaben zur Krankenversicherung

	Art des Versicherungsschutzes	Name und Anschrift der Krankenkasse
<input type="checkbox"/>	Gesetzliche Krankenversicherung	
<input type="checkbox"/>	Freiwillige Krankenversicherung	
<input type="checkbox"/>	Familienversicherung in gesetzlicher Krankenversicherung	
<input type="checkbox"/>	Studentische Krankenversicherung	
<input type="checkbox"/>	Private Krankenversicherung	
<input type="checkbox"/>	Kein Versicherungsschutz	

9. Befreiung von der Rentenversicherungspflicht bei geringfügig entlohnten Beschäftigungen.
(Eine geringfügig entlohnte Beschäftigung liegt vor, wenn das monatliche Arbeitsentgelt regelmäßig die aktuell geltende Grenze gemäß § 8 Absatz 1a SGB IV (520€ Stand 10/2022) nicht übersteigt.)

1. Hiermit erkläre ich,
 dass ich mich von der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung für die geringfügig entlohnte Beschäftigung bei der Universität Regensburg befreien lassen möchte, **d. h. es sollen keine eigenen Beiträge entrichtet werden.**
Zur Wirksamkeit dieser Erklärung füge ich den Antrag auf Befreiung von der Rentenversicherungspflicht bei.

2. Von dem „Merkblatt über die möglichen Folgen einer Befreiung von der Rentenversicherungspflicht“ habe ich Kenntnis genommen.

3. Haben Sie sich bereits bei einem anderen Arbeitgeber in einem zurzeit zeitgleich bestehenden geringfügig entlohnten Beschäftigungsverhältnis von der Rentenversicherungspflicht befreien lassen? ja nein

10. Sind Sie von der gesetzlichen Rentenversicherung zugunsten einer Berufsständerversicherung befreit (z. B. Ärzteversorgung, RA-Versorgung, Apothekerversorgung oder ähnliches)?

Falls ja : Befreiung zugunsten _____ Mitgliedsnummer _____

Die Vorlage des Befreiungsbescheides des Rentenversicherungsträgers ist zwingend erforderlich.

11. Hat Sie ein früherer Arbeitgeber bei einer betrieblichen Zusatzversorgungskasse, -anstalt (z. B. Versorgungsanstalt des Bundes und der Länder – VBL, Zusatzversorgung Bay. Gemeinden) angemeldet? ja nein

Falls ja: Bezeichnung der Zusatzversorgungsanstalt _____ Vers.Nr _____

12. Angaben zur Ausbildung

Höchster allgemeinbildender Schulabschluss

<input type="checkbox"/> 1 ohne Schulabschluss	<input type="checkbox"/> 4 Abitur / Fachabitur
<input type="checkbox"/> 2 Haupt- / Volksschulabschluss	<input type="checkbox"/> 5 Abschluss unbekannt
<input type="checkbox"/> 3 Mittlere Reife oder gleichwertiger Abschluss	

Höchster beruflicher Ausbildungsabschluss

<input type="checkbox"/> 1 ohne beruflichen Ausbildungsabschluss	<input type="checkbox"/> 5 Diplom / Magister / Master / Staatsexamen
<input type="checkbox"/> 2 Abschluss einer anerkannten Berufsausbildung	<input type="checkbox"/> 6 Promotion
<input type="checkbox"/> 3 Meister-/Techniker- o. gleichw. Fachschulabschl.	<input type="checkbox"/> 7 Abschluss unbekannt
<input type="checkbox"/> 4 Bachelor	

- Ich versichere die Richtigkeit meiner Angaben.
- Alle Änderungen, die meine Versicherungsfreiheit bzw. -pflicht (insbesondere die Aufnahme oder Beendigung eines weiteren Beschäftigungsverhältnisses, ein Wechsel der Krankenkasse, Abbruch oder Beendigung des Studiums) beeinflussen können, gebe ich unverzüglich dem Landesamt für Finanzen in Regensburg bekannt.
- Ich bin damit einverstanden, dass bei einer Mehrfachbeschäftigung Daten, die für die Sozialversicherung wichtig sind, mit weiteren Arbeitgebern zur Richtigkeit der Beitragsabführung ausgetauscht werden.

Hinweise zum Datenschutz nach Art. 13 und 14 Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO)

Verantwortlich für die Verarbeitung dieser Daten ist das Landesamt für Finanzen, Rosenbachpalais, Residenzplatz 3, 97070 Würzburg (Telefon: 0931-4504-6770; E-Mail: servicedesk@lff.bayern.de).

Die Daten werden erhoben, um Ihr Entgelt entsprechend den vertraglichen und gesetzlichen Bestimmungen festzusetzen, anzuordnen und abzurechnen. Hiervon ist auch die Erfüllung der Pflichten erfasst, die dem Freistaat Bayern als Arbeitgeber in Lohnsteuer-, sozialversicherungs- und zusatzversorgungsrechtlicher Hinsicht obliegen.

Rechtsgrundlage der Verarbeitung ist Art. 6 Abs. 1 S. 1 Buchstabe b) und Buchstabe c) DS-GVO, Art. 9 Abs. 2 Buchstabe b) DS-GVO, Art. 88 Abs. 1 DS-GVO, § 611 BGB.

Weitere Informationen über die Verarbeitung Ihrer Daten im Rahmen der Entgeltabrechnung und Ihre Rechte bei der Verarbeitung Ihrer Daten erhalten Sie im Internet unter http://www.lff.bayern.de/formularcenter/allgemein/index.aspx#info_datenschutz.

Alternativ erhalten Sie diese Informationen auch unter obigen Kontaktdaten. Unseren behördlichen Datenschutzbeauftragten erreichen Sie unter Landesamt für Finanzen, – Datenschutzbeauftragter –, Rosenbachpalais, Residenzplatz 3, 97070 Würzburg (Telefon: 0931-4504-6767; E-Mail: datenschutzbeauftragter@lff.bayern.de).

....., den

Ort, Datum

.....
Unterschrift der / des Beschäftigten