

**Versicherungsrechtliche Beurteilung
von beschäftigten Schülern und Schülertlassenen**

Name, Vorname	Geb. Datum	Vers.-Nummer	Familienstand
Straße		PLZ/Ort	beschäftigt als
_____ EUR monatliches Entgelt der zu beurteilenden Beschäftigung		Dauer der Beschäftigung: _____	

1. Ist die Beschäftigung des Schülers / Schülertlassenen auf längstens 2 Monate (bei weniger als 5 Arbeitstagen/Woche: 50 Arbeitstage) befristete?

	Ja	<input type="checkbox"/>	Frage 2 prüfen
	Nein	<input type="checkbox"/>	Frage 3 prüfen

2. Werden im laufenden Kalenderjahres, einschließlich der zu beurteilenden Beschäftigung von mehr als 2 Monaten bzw. 50 Arbeitstagen ausgeübt?

	Ja	<input type="checkbox"/>	Frage 3 prüfen
	Nein	<input type="checkbox"/>	Schüler: Versicherungsfreiheit; für Schülertlassene Frage 4 prüfen

3. Beträgt das Arbeitsentgelt aus der zu beurteilenden Beschäftigung regelmäßig im Monat nicht mehr als 400 EUR?

	Ja	<input type="checkbox"/>	Versicherungsfreiheit , aber Pauschalbeitrag zur RV 15 v.H.; wenn Versicherung in der KV besteht , auch Pauschalbeitrag zur KV 13v.H.
	Nein	<input type="checkbox"/>	Versicherungspflicht , bei Besuch einer allgemeinbildenden Schule (nicht Abendschule, bitte Schulbescheinigung beifügen) ALV-Freiheit

4. Wird die Beschäftigung nur zwischen Schule und beabsichtigtem Studium (auch wenn die Studienaufnahme durch Wehr-/Zivildienst/Soldat auf Zeit verzögert wird) ausgeübt?

	Ja	<input type="checkbox"/>	Versicherungsfreiheit
	Nein	<input type="checkbox"/>	Frage 5 prüfen

5. Beträgt das monatliche Arbeitsentgelt der zu beurteilenden Beschäftigung regelmäßig im Monat nicht mehr als 400,00 € ?

	Ja	<input type="checkbox"/>	Versicherungsfreiheit
	Nein	<input type="checkbox"/>	Versicherungspflicht

Für die Richtigkeit: _____

Datum	Arbeitnehmer	Arbeitgeber
-------	--------------	-------------

Die Erhebung der Daten beruht auf § 206 SGB V und § 98 SGB X

Ergebnis:	Es besteht	Krankenversicherungspflicht	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>	Personengruppen- schlüssel
		Rentenversicherungspflicht	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>	
		Arbeitslosenversicherungspflicht	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>	□ □ □
		Pflegeversicherungspflicht	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>	Beitragsgruppen- schlüssel
		Beitragszuschlag zur PV	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>	
		KV Pauschalbeitrag	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>	□ □ □
		RV Pauschalbeitrag	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>	

zuständige Einzugsstelle _____

Datum / Unterschrift des Feststellenden _____