

Versicherungsrechtliche Beurteilung von beschäftigten Schülern und Schulentlassenen

Name, Vorname	Geburtsdatum	Versicherungs-Nr.	Familienstand
Straße, Hausnummer		PLZ, Ort	beschäftigt als
Dauer der Beschäftigung von - bis		monatliches Entgelt	

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

ja	<input type="checkbox"/>	Frage 2 prüfen
nein	<input type="checkbox"/>	Frage 3 prüfen

2. Werden im laufenden Kalenderjahr – einschließlich der zu beurteilenden Beschäftigung – Beschäftigungen von mehr als 2 Monaten bzw. 50 Arbeitstagen ausgeübt?

ja	<input type="checkbox"/>	Frage 3 prüfen
nein	<input type="checkbox"/>	Schüler: Versicherungsfreiheit; Schulentlassene: 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 13 v.H.
nein	<input type="checkbox"/>	Versicherungspflicht, Bei Besuch einer allgemeinbildenden Schule (nicht Abend-schule, bitte Schulbescheinigung beifügen): AIV-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 Arbeitsentgelt aus der zu beurteilenden Beschäftigung regelmäßig im Monat nicht mehr als 400 EUR?

ja	<input type="checkbox"/>	Versicherungsfreiheit
nein	<input type="checkbox"/>	Versicherungspflicht

Für die Richtigkeit:

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

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

Ergebnis:	Es besteht		ja	nein		Personengruppen-schlüssel
	Krankenversicherungspflicht	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Pflegeversicherungspflicht	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>	
	Beitragszuschlag PV	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>	
	Rentenversicherungspflicht	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>	Beitragsgruppen-schlüssel <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Arbeitslosenversicherungspflicht	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/Minijob-Zentrale: _____

Datum/Unterschrift des Feststellenden _____