

Firma \_\_\_\_\_

Betriebsnummer: \_\_\_\_\_

**Antwort an:**

Datum: \_\_\_\_\_

pronova BKK  
Orga 4635  
67058 Ludwigshafen

Stempel:

### Fragebogen zur Beurteilung der Teilnahme am Ausgleichsverfahren bei Krankheit U1

#### 1. Allgemeine Fragen zur Feststellung der Teilnahme am Ausgleichsverfahren

1. Sind Sie Arbeitgeber des öffentlichen Dienstes und/oder an die für Arbeitnehmer/innen des Bundes der Länder oder Gemeinden geltenden Tarifverträge gebunden?  ja  nein
2. Sind Sie Hausgewerbetreibende/Hausgewerbetreibender?  ja  nein
3. Sind Sie ein Spitzenverband oder eine Untergliederung eines Spitzenverbandes der freien Wohlfahrtspflege und machen nicht von Ihrem Recht nach § 11 Abs. 1 Nr. 4 AAG Gebrauch?  ja  nein
4. Sind Sie Mitglied der Augenoptiker Ausgleichskasse oder einer freiwilligen Ausgleichs-Einrichtung nach § 12 AAG?  ja  nein

Wird eine der vorstehenden Fragen mit „ja“ beantwortet, nehmen Sie nicht am Ausgleichsverfahren bei Krankheit teil. Die weitere Beantwortung entfällt.

#### 2. Angaben zur Anzahl der beschäftigten Arbeitnehmer/innen

Für die Feststellung ist die Anzahl der am ersten Kalendertag des jeweiligen Kalendermonats beschäftigten Arbeitnehmer/innen des Vorjahres zu Grunde zu legen. Bestand der Betrieb nicht während es gesamten Vorjahres, wird die Zeit des Bestehens beurteilt. Bei Nichtbestehen im Vorjahr ist die voraussichtliche Zahl der Arbeitnehmer/innen im laufenden Jahr unter Berücksichtigung aller zukünftigen Erwartungen sorgfältig zu schätzen. Beschäftigten Sie weitere Arbeitnehmer/innen in anderen Betrieben, berücksichtigen Sie bitte bei der Übermittlung der Arbeitnehmerzahl die Gesamtzahl Ihrer Arbeitnehmer/innen.

Kalender-jahr 20__	Vollzeit-beschäftigte	Teilzeitbeschäftigte						außer Ansatz	insgesamt
	Arbeitszeit > 30 Std./Woche	Arbeitszeit > 20 und <=30 Std./Woche	X Faktor 0,75	Arbeitszeit < 10 und <= 20 Std./Woche	X Faktor 0,5	Arbeitszeit <= 10 Std./Woche	X Faktor 0,25	nicht mitgezählt werden*	
Januar									
Februar									
März									
April									
Mai									
Juni									
Juli									
August									
September									
Oktober									
November									
Dezember									

#### 3. Ermittlung der Umlagepflicht/ -freiheit

1. Wenn der Betrieb im gesamten Vorjahr bestand: Beschäftigten Sie im Vorjahr an mindestens 5 Kalendermonaten mehr als 30 Arbeitnehmer/innen?  ja  nein
2. Wenn der Betrieb erst im Vorjahr gegründet wurde: Beschäftigten Sie im Vorjahr in den Monaten des Bestehens überwiegend mehr als 30 Arbeitnehmer/innen?  ja  nein
3. Wenn der Betrieb erst im laufenden Kalenderjahr gegründet wurde: Liegt die voraussichtliche Zahl der Arbeitnehmer/innen nach Ihren geschätzten Erwartungen bei über 30?  ja  nein

**Falls Sie eine der Fragen mit „ja“ beantwortet haben, nehmen Sie nicht am Ausgleichsverfahren bei Krankheit teil. Haben Sie keine der Fragen mit „ja“ beantwortet, besteht für ihr Unternehmen Umlagepflicht nach den AAG.**

\* Auszubildende, Volontäre, Praktikanten, schwerbehinderte Menschen, Bezieher von Vorruhestandsgeld, Wehr- und Bundesfreiwilligendienstleistende, Freiwilligendienstleistende (Soziales oder Ökologisches Jahr), Arbeitnehmer in Elternzeit, Beschäftigte in der Freistellungsphase der Altersteilzeit, Heimarbeiter und Hausgewerbetreibende, Leiharbeiter beim Entleiher und mitarbeitende Familienangehörige in der Landwirtschaft, die in der landwirtschaftlichen Krankenkasse versichert sind.