

Angaben über die monatlichen Einnahmen

	des/der Versicherten	des Ehegatten/ eingetr. Lebenspartners
1. Wie hoch sind die monatlichen Einnahmen aus:		
a) Arbeitnehmertätigkeit als		
<input type="checkbox"/> Beschäftigte/r	_____ EUR	_____ EUR
<input type="checkbox"/> Gesellschafter-Geschäftsführer/in	_____ EUR	_____ EUR
<input type="checkbox"/> geringfügig Beschäftigte/r (Minijob)	_____ EUR	_____ EUR
Weihnachts-/Urlaubsgeld/Tantiemen (jeweils 1/12)	_____ EUR	_____ EUR
b) der gesetzlichen Rentenversicherung (Deutsche Rentenversicherung)	_____ EUR	_____ EUR
c) der gesetzlichen Unfallversicherung	_____ EUR	_____ EUR
d) der landw./gärtn. Altersversorgung (Altersrente)	_____ EUR	_____ EUR
e) Ruhegehalt (Pension) oder ruhegehaltsähnlichen Bezügen	_____ EUR	_____ EUR
Weihnachts-/Urlaubsgeld/Tantiemen (jeweils 1/12)	_____ EUR	_____ EUR
f) Land- und Forstwirtschaft	_____ EUR	_____ EUR
g) selbständiger Tätigkeit * (z. B. Gewerbebetrieb)	_____ EUR	_____ EUR
(In der selbständigen Tätigkeit wöchentl. ca. _____ Std. tätig.)		
h) Haus- und Gartenbesitz (Miete, Pacht usw.)	_____ EUR	_____ EUR
i) Kapitalvermögen (ohne Berücksichtigung des Sparerfreibetrages)	_____ EUR	_____ EUR
j) Bezügen nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG)	_____ EUR	_____ EUR
k) Bezügen nach dem Bundessozialhilfegesetz (BSHG)	_____ EUR	_____ EUR
(Bitte letzten Leistungsbescheid in Kopie beifügen)		
l) sonstigen Einnahmen _____	_____ EUR	_____ EUR
(z. B. Unterhalt, sonstige Renten) Art der Einnahmen		
Monatliche Einnahmen	_____ EUR	_____ EUR

2. Ist Ihr Ehegatte/eingetragener Lebenspartner Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse?

ja _____ nein

(Name und Sitz der Krankenkasse)

2a. Wenn die Frage 2 mit nein beantwortet wurde, geben Sie bitte die Anzahl Ihrer unterhaltsberechtigten Kinder an, die nicht in der gesetzlichen Krankenversicherung familienversichert (z. B. privat versichert) sind.

_____ Kinder

3. Wurden aktuelle Einkommensnachweise kürzlich übersandt? ja AK * KK * BG * nein

* Bei Ausübung einer selbständigen Tätigkeit bitte aktuellen Steuerbescheid vorlegen. Soweit keiner vorliegt, eine vom Steuerbüro bescheinigte Einkommensprognose beifügen.

Ich versichere, die Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht zu haben.

Ort und Datum

Unterschrift des/der Versicherten

*AK = Alterskasse

*KK = Krankenkasse

*BG = Berufsgenossenschaft

Hinweis zum Schutz der Sozialdaten gemäß § 67 a Abs. 3 SGB X und § 94 SGB XI. Die hiermit angeforderten personenbezogenen Daten werden unter Beachtung der Vorschriften zum Schutz der Sozialdaten erhoben. Ihre Kenntnis ist zur Durchführung der richtigen Beitragseinstufung freiwillig Versicherter nach § 46 KVLG '89 i. V. m. § 240 SGB V und zur Durchführung der richtigen Beitragseinstufung zur Pflegeversicherung nach §§ 54 und 55 SGB XI notwendig. Für die Erhebung dieser Daten ist nach § 32 KVLG '89, § 206 SGB V und § 50 Abs. 3 SGB XI Ihre Mitwirkung erforderlich.