

Versicherungsnummer	Kennzeichen
	4 8 7 9



**Deutsche Rentenversicherung Bund
Clearingstelle für sozialversicherungsrechtliche
Statusfragen
10704 Berlin**

Antrag auf Feststellung des sozialversicherungsrechtlichen Status

V0027

Hinweis: Das Statusfeststellungsverfahren dient der Klärung der Frage, ob eine Beschäftigung vorliegt, die zur Versicherungspflicht in den einzelnen Zweigen der Sozialversicherung führt. Um über diese Frage entscheiden zu können, benötigen wir aufgrund des Vierten Buches des Sozialgesetzbuches (SGB IV) - von Ihnen einige wichtige Informationen und Unterlagen. Wir möchten Sie deshalb bitten, die gestellten Fragen vollständig zu beantworten und uns die erbetenen Unterlagen möglichst umgehend zu überlassen. Ihre Mithilfe erleichtert uns eine rasche Erledigung Ihrer Angelegenheiten.

In welchem Umfang Ihre Mithilfe benötigt wird, ergibt sich aus § 28o Absatz 2 SGB IV, § 196 Absatz 1 Sechstes Buch Sozialgesetzbuch und § 98 Absatz 1 Zehntes Buch Sozialgesetzbuch. Danach sind Sie verpflichtet, alle Tatsachen anzugeben und uns die notwendigen Urkunden und sonstigen Beweismittel zur Verfügung zu stellen. Weitere Informationen können Sie den Erläuterungen zum Antrag auf Feststellung des sozialversicherungsrechtlichen Status entnehmen.

Wir informieren Sie zum Umgang mit Ihren personenbezogenen Daten und Ihren Rechten im Internet unter www.deutsche-rentenversicherung.de/Datenschutzinformationen. Auf Wunsch senden wir Ihnen diese Informationen auch gern zu.

1 Angaben zum Auftragnehmer

1.1 Persönliche Angaben			
Name		Vorname (Rufname)	
Namenszusatz (Beispiel: Freifrau, Graf)	Vorsatzworte zum Namen (Beispiel: von, van, de)	Titel (Beispiel: Prof. Dr. med.)	
Geburtsname		frühere Namen	
Geburtsdatum	Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> ohne Eintrag <input type="checkbox"/> divers		
Staatsangehörigkeit (gegebenenfalls frühere Staatsangehörigkeit bis)			
Geburtsort (Kreis, Land)			



Versicherungsnummer	Kennzeichen
	4 8 7 9

noch Ziffer 1.1

Straße, Hausnummer	
Adresszusatz	
Postleitzahl	Wohnort
telefonisch tagsüber zu erreichen (Angabe freiwillig)	Telefax (Angabe freiwillig)

1.2 Sind Sie beziehungsweise waren Sie bei einer **gesetzlichen** Krankenkasse versichert?

bitte Namen und Anschrift der **gesetzlichen** Krankenkasse angeben, bei der Sie versichert sind beziehungsweise zuletzt versichert waren

nein ja

1.3 Haben Sie zur Ausübung Ihrer Tätigkeit eine Gesellschaft gegründet oder sind Sie an einer Gesellschaft beteiligt?

bitte Namen und Gesellschaftsform (zum Beispiel GmbH, Limited, KG, Praxismgemeinschaft, Partnerschaftsgesellschaft, GbR) angeben

nein ja

Bitte Gesellschaftsvertrag in Kopie beifügen. Sofern Sie Gesellschafter-Geschäftsführer, Fremdgeschäftsführer oder mitarbeitender Gesellschafter einer GmbH sind, bitte die "Anlage zum Statusfeststellungsantrag für Gesellschafter / Geschäftsführer einer GmbH" (Vordruck C0032) beifügen.

1.4 Sind Sie Mitglied des Vorstandes einer Aktiengesellschaft?

bitte Namen der Aktiengesellschaft angeben

nein ja

1.5 Beschäftigen Sie im Zusammenhang mit der zu beurteilenden Tätigkeit eigene Arbeitnehmer / Auszubildende?

bitte Betriebsnummer angeben und Arbeitsverträge in Kopie beifügen

nein ja

1.6 Beziehen oder bezogen Sie für die zu beurteilende Tätigkeit einen Existenzgründungszuschuss oder einen Gründungszuschuss von der Agentur für Arbeit?

bitte Zeitraum angeben und sämtliche Bescheide der Agentur für Arbeit in Kopie beifügen

nein ja

1.7 Sind Sie mit Ihrem Auftraggeber verheiratet, verwandt oder verschwägert oder besteht eine Eingetragene Lebenspartnerschaft oder eine sonstige Familienzugehörigkeit (siehe Erläuterungen)?

nein ja bitte die "Anlage zum Statusfeststellungsantrag für mitarbeitende Angehörige" (Vordruck C0033) beifügen

1.8 Sind Sie für mehrere Auftraggeber tätig?

bitte Namen und Adressen der Auftraggeber angeben

nein ja



Versicherungsnummer

Kennzeichen

4 8 7 9

1.9 Sind Sie neben dem zu beurteilenden Vertragsverhältnis selbständig tätig und stellt das Arbeitseinkommen aus dieser Tätigkeit den überwiegenden Teil Ihres Gesamteinkommens dar?

nein ja

1.10 Waren Sie am 31.12.1991 im Beitrittsgebiet versicherungspflichtig selbständig tätig und sind Sie nach § 20 des Gesetzes über die Sozialversicherung von der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung befreit worden?

nein ja

1.11 Sind Sie einschließlich der zu beurteilenden Tätigkeit im Kalenderjahr mehr als 50 Arbeitstage beziehungsweise mehr als 2 Monate bis 31.12.2014, ab 1.1.2015 mehr als 70 Arbeitstage beziehungsweise mehr als 3 Monate abhängig beschäftigt oder ist bereits heute abzusehen, dass Sie dies in diesem Umfang sein werden?

nein ja, bitte weiter bei Ziffer 1.13

1.12 Sind Sie als Arbeitsuchender bei der Bundesagentur für Arbeit gemeldet?

nein ja

1.13 Übersteigt das monatliche Arbeitsentgelt / Arbeitseinkommen aus der zu beurteilenden Tätigkeit regelmäßig 450 EUR?

nein ja, bitte weiter bei Ziffer 1.17

1.14 Sofern Sie Ihre zu beurteilende Tätigkeit **bis** zum 31.12.2012 aufgenommen haben: Übersteigt das monatliche Arbeitsentgelt / Arbeitseinkommen aus der zu beurteilenden Tätigkeit regelmäßig 400 EUR?

nein ja, bitte weiter bei Ziffer 1.17

1.15 Üben Sie neben der zu beurteilenden Tätigkeit weitere abhängige Beschäftigungen aus?

nein, bitte weiter bei Ziffer 1.21

ja, bitte machen Sie zu jeder weiteren Beschäftigung Angaben zur Höhe des monatlichen Arbeitsentgelts. Sofern Sie in einer der weiteren Beschäftigungen wegen Geringfügigkeit auf die Rentenversicherungsfreiheit wegen Geringfügigkeit verzichtet haben oder aufgrund einer geringfügig entlohnten Beschäftigung von der Rentenversicherungspflicht befreit sind, bitten wir ebenfalls um Angaben.

Angaben zu Beschäftigungen mit einem Beschäftigungsbeginn **bis** zum 31.12.2012

1. Beschäftigung bis 400 EUR mehr als 400 EUR Verzicht liegt vor

2. Beschäftigung bis 400 EUR mehr als 400 EUR Verzicht liegt vor

Angaben zu Beschäftigungen mit einem Beschäftigungsbeginn **ab** dem 1.1.2013

1. Beschäftigung bis 450 EUR mehr als 450 EUR Befreiung liegt vor

2. Beschäftigung bis 450 EUR mehr als 450 EUR Befreiung liegt vor



Versicherungsnummer

Kennzeichen

4 8 7 9

1.16 Bitte geben Sie die Summe Ihrer Arbeitsentgelte aus der / den unter Ziffer 1.15 angegebenen Beschäftigung / Beschäftigungen und der zu beurteilenden Tätigkeit an:

- bis 400 EUR, bitte weiter bei Ziffer 1.21
- über 400 EUR und nicht mehr als 450 EUR, bitte weiter bei Ziffer 1.21
- über 450 EUR

1.17 Wird Ihr regelmäßiges Jahresarbeitsentgelt aus der zu beurteilenden Tätigkeit und / oder weiteren abhängigen Beschäftigungen die **allgemeine Jahresarbeitsentgeltgrenze - JAEG** - (2021: 64.350 EUR) übersteigen?

- nein ja, machen Sie bitte Angaben seit Aufnahme der zu beurteilenden Tätigkeit.
- | | | |
|---|-------------------------------|-----------------------------|
| 2021 wird JAEG (64.350 EUR) voraussichtlich überschritten | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| 2020 JAEG (62.550 EUR) überschritten | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| 2019 JAEG (60.750 EUR) überschritten | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| 2018 JAEG (59.400 EUR) überschritten | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| 2017 JAEG (57.600 EUR) überschritten | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |

Sofern Sie die zu beurteilende Tätigkeit im Zeitraum vom 2.2.2007 bis zum 30.12.2010 aufgenommen haben, machen Sie bitte zusätzlich auf einem Extrablatt Angaben, ob Ihr regelmäßiges Jahresarbeitsentgelt in den letzten 3 Kalenderjahren vor Aufnahme der zu beurteilenden Tätigkeit die allgemeine Jahresarbeitsentgeltgrenze überschritten hat.

1.18 Waren Sie am 31.12.2002 wegen Überschreitens der JAEG privat krankenversichert?

- nein, bitte weiter bei Ziffer 1.20
- ja

1.19 Wird Ihr regelmäßiges Jahresarbeitsentgelt aus der zu beurteilenden Tätigkeit und / oder weiteren abhängigen Beschäftigungen die **besondere JAEG** (2021: 58.050 EUR) übersteigen?

- nein ja, machen Sie bitte Angaben seit Aufnahme der zu beurteilenden Tätigkeit.
- | | | |
|---|-------------------------------|-----------------------------|
| 2021 wird JAEG (58.050 EUR) voraussichtlich überschritten | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| 2020 JAEG (56.250 EUR) überschritten | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| 2019 JAEG (54.450 EUR) überschritten | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| 2018 JAEG (53.100 EUR) überschritten | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| 2017 JAEG (52.200 EUR) überschritten | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |

Sofern Sie die zu beurteilende Tätigkeit im Zeitraum vom 2.2.2007 bis zum 30.12.2010 aufgenommen haben, machen Sie bitte zusätzlich auf einem Extrablatt Angaben, ob Ihr regelmäßiges Jahresarbeitsentgelt in den letzten 3 Kalenderjahren vor Aufnahme der zu beurteilenden Tätigkeit die besondere Jahresarbeitsentgeltgrenze überschritten hat.



Versicherungsnummer	Kennzeichen
	4 8 7 9

1.20 Sind Sie im Zusammenhang mit der Änderung der JAEG oder aus sonstigen Gründen von der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung befreit worden?

nein ja, bitte Befreiungsbescheid in Kopie beifügen

1.21 Sind Sie Schüler an einer allgemeinbildenden Schule?

nein ja, bitte weiter bei Ziffer 2

1.22 Sind Sie als ordentlich Studierender an einer Hochschule oder einer Fachschule immatrikuliert?

bitte derzeitiges Fachsemester angeben

nein ja _____

bitte weiter bei Ziffer 1.27

Bitte nur ausfüllen, wenn Sie das 55. Lebensjahr vollendet haben, sonst weiter bei Ziffer 1.27:

1.23 Waren Sie in den letzten 5 Jahren vor Aufnahme der zu beurteilenden Tätigkeit in der gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversichert, freiwillig versichert oder familienversichert?

nein ja, bitte weiter bei Ziffer 1.26

1.24 Waren Sie innerhalb dieser 5 Jahre mindestens die Hälfte der Zeit (2 Jahre und 6 Monate) krankenversicherungsfrei, von der Krankenversicherung befreit oder hauptberuflich selbständig tätig?

nein ja, bitte weiter bei Ziffer 1.26

1.25 Erfüllt Ihr Ehegatte / Lebenspartner die in Ziffer 1.24 genannten Voraussetzungen?

nein ja

Bitte nur ausfüllen, wenn Sie das Lebensjahr für den Anspruch auf Regelaltersrente vollendet haben:

1.26 Waren Sie bis zum Erreichen der Regelaltersgrenze in der gesetzlichen Rentenversicherung nicht versichert oder - wenn Sie versichert waren - haben Sie nach Erreichen der Regelaltersgrenze eine Beitragserstattung aus Ihrer Versicherung erhalten?

nein ja

1.27 Üben Sie neben der zu beurteilenden Tätigkeit eine Beschäftigung aus, in der nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Krankheit Anspruch auf Fortzahlung der Bezüge und auf Beihilfe oder Heilfürsorge besteht?

nein ja

1.28 Beziehen Sie eine der nachfolgenden Leistungen?	nein	ja
Rente wegen voller Erwerbsminderung aus der gesetzlichen Rentenversicherung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Versorgung nach beamtenrechtlichen Grundsätzen mit beamtenrechtlichem Beihilfeanspruch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Altersvollrente aus der gesetzlichen Rentenversicherung, Rentenbeginn:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Versorgung nach Erreichen einer Altersgrenze nach beamtenrechtlichen Vorschriften beziehungsweise kirchenrechtlichen Regelungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Versicherungsnummer	Kennzeichen
	4 8 7 9

noch Ziffer 1.28

	nein	ja
Versorgung nach Erreichen einer Altersgrenze aus einer berufsständischen Versorgungseinrichtung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
gemeinschaftsübliche Altersversorgung als satzungsmäßiges Mitglied einer geistlichen Genossenschaft, als Diakonisse oder als Angehöriger einer ähnlichen Gemeinschaft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arbeitslosengeld	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2 Angaben zum Auftraggeber, zu dem das zu klärende Auftragsverhältnis besteht

2.1 Angaben zum Auftraggeber																	
Firmenname, Name, Vorname des Inhabers	Betriebsnummer																
Firmenadresse (Straße, Hausnummer)																	
Postleitzahl	Ort																
Telefon (Angabe freiwillig)	Telefax (Angabe freiwillig)																
2.2 Wurde eine Betriebsprüfung durchgeführt beziehungsweise ist eine Betriebsprüfung terminiert (beachte Erläuterungen)?																	
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, Datum der Prüfung																
	<table border="0"> <tr> <td>Tag</td> <td>Monat</td> <td>Jahr</td> </tr> <tr> <td> _ </td> <td> _ </td> <td> _ </td> </tr> </table>	Tag	Monat	Jahr	_	_	_										
Tag	Monat	Jahr															
_	_	_															
	<table border="0"> <tr> <td>Prüfungszeitraum vom</td> <td>Tag</td> <td>Monat</td> <td>Jahr</td> <td>bis</td> <td>Tag</td> <td>Monat</td> <td>Jahr</td> </tr> <tr> <td></td> <td> _ </td> <td> _ </td> <td> _ </td> <td></td> <td> _ </td> <td> _ </td> <td> _ </td> </tr> </table>	Prüfungszeitraum vom	Tag	Monat	Jahr	bis	Tag	Monat	Jahr		_	_	_		_	_	_
Prüfungszeitraum vom	Tag	Monat	Jahr	bis	Tag	Monat	Jahr										
	_	_	_		_	_	_										
	Sozialversicherungsträger																
2.3 Sofern der Auftragnehmer angegeben hat, dass er Mitglied des Vorstandes einer Aktiengesellschaft ist (siehe Ziffer 1.4): Sind Ihr Unternehmen und die Aktiengesellschaft, in der der Auftragnehmer Mitglied des Vorstandes ist, Konzernunternehmen im Sinne von § 18 Aktiengesetz?																	
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja																

3 Angaben zur Tätigkeit, für die der sozialversicherungsrechtliche Status festgestellt werden soll

3.1 Ausgeübte Tätigkeit (bitte sämtliche Verträge und Unterlagen über die Tätigkeit in Kopie beifügen)								
Bezeichnung der Tätigkeit für den Auftraggeber, für den ein Statusfeststellungsverfahren durchgeführt werden soll								
<table border="0"> <tr> <td>Beginn der Tätigkeit</td> <td>Tag</td> <td>Monat</td> <td>Jahr</td> </tr> <tr> <td></td> <td> _ </td> <td> _ </td> <td> _ </td> </tr> </table>	Beginn der Tätigkeit	Tag	Monat	Jahr		_	_	_
Beginn der Tätigkeit	Tag	Monat	Jahr					
	_	_	_					
<table border="0"> <tr> <td>gegebenenfalls Ende der Tätigkeit</td> <td>Tag</td> <td>Monat</td> <td>Jahr</td> </tr> <tr> <td></td> <td> _ </td> <td> _ </td> <td> _ </td> </tr> </table>	gegebenenfalls Ende der Tätigkeit	Tag	Monat	Jahr		_	_	_
gegebenenfalls Ende der Tätigkeit	Tag	Monat	Jahr					
	_	_	_					



Versicherungsnummer 	Kennzeichen 4 8 7 9
-------------------------	------------------------

3.2 Wurde bereits durch eine Krankenkasse / einen Rentenversicherungsträger für diese Tätigkeit ein Feststellungsverfahren eingeleitet oder eine Feststellung getroffen, dass eine selbständige Tätigkeit vorliegt beziehungsweise ein abhängiges Beschäftigungsverhältnis besteht (beachte Erläuterungen)?

nein ja, am

Tag	Monat	Jahr

Bitte Bescheid der Krankenkasse / des Rentenversicherungsträgers beziehungsweise der Künstlersozialkasse in Kopie beifügen

3.3 Wurde vor der jetzigen Tätigkeit eine abhängige Beschäftigung bei diesem Auftraggeber ausgeübt?
bitte den Unterschied zur vorherigen Tätigkeit beschreiben

nein ja

4 Anlagen zum Statusfeststellungsantrag

Bitte beschreiben Sie das zu beurteilende Auftragsverhältnis auf der "Anlage zum Statusfeststellungsantrag zur Beschreibung des Auftragsverhältnisses" (Vordruck C0031). Sind Sie Gesellschafter-Geschäftsführer, Fremdgeschäftsführer oder mitarbeitender Gesellschafter einer GmbH, beschreiben Sie das Auftragsverhältnis bitte auf der "Anlage zum Statusfeststellungsantrag für Gesellschafter / Geschäftsführer einer GmbH" (Vordruck C0032). Sind Sie Angehöriger des Auftraggebers (siehe Ziffer 1.7), beschreiben Sie das Auftragsverhältnis bitte auf der "Anlage zum Statusfeststellungsantrag für mitarbeitende Angehörige" (Vordruck C0033). Ohne Beschreibung des zu beurteilenden Auftragsverhältnisses kann eine Statusfeststellung **nicht** erfolgen.

5 Dokumentenzugang

5.1 Per De-Mail

Ich habe bei einem De-Mail-Anbieter ein **De-Mail-Postfach** eröffnet.

Ich bitte ausschließlich um Übermittlung der Dokumente in elektronischer Form an mein De-Mail-Postfach. Damit entfällt eine Übersendung der Dokumente in Papierform. Meine De-Mail-Adresse lautet:

5.2 Für sehbehinderte Menschen

Menschen mit einer Behinderung (zum Beispiel blinde oder sehbehinderte Menschen) haben Anspruch darauf, Dokumente in einer für sie wahrnehmbaren Form zu erhalten. Aufgrund meiner Behinderung bitte ich darum, mir Dokumente zusätzlich in **einer** für mich wahrnehmbaren Form zuzusenden, und zwar

- als Großdruck
- in Braille (Kurzschrift)
- in Braille (Vollschrift)
- als CD (Schriftdatei / Textdatei im ".doc"-Format)
- als Hörmedium (CD-DAISY Format)



Versicherungsnummer	Kennzeichen
	4 8 7 9

6 Antrag / Erklärung des Auftragnehmers

Hiermit beantrage ich nach § 7a Absatz 1 SGB IV festzustellen, dass eine Beschäftigung

nicht vorliegt. vorliegt.

Ich versichere, dass meine Angaben der Wahrheit und die Vereinbarungen in den übersandten Verträgen den tatsächlichen Verhältnissen entsprechen. Für den Fall, dass Krankenversicherungspflicht als Arbeitnehmer festgestellt wird, werde ich mich bei folgender gesetzlichen Krankenkasse versichern (Eine Krankenkassenwahl ist regelmäßig möglich, wenn in den letzten 12 Monaten keine Mitgliedschaft bei einer gesetzlichen Krankenkasse bestanden hat oder sofort, wenn die Mitgliedschaft kraft Gesetzes endet, zum Beispiel bei Arbeitgeberwechsel, Statuswechsel sowie bei Überschreiten oder Unterschreiten der Jahresarbeitsentgeltgrenze - JAEG):

bitte Namen und Anschrift der Krankenkasse angeben

Ort, Datum

Unterschrift der Auftragnehmerin / des Auftragnehmers

7 Antrag / Erklärung des Auftraggebers

Hiermit beantrage ich nach § 7a Absatz 1 SGB IV festzustellen, dass eine Beschäftigung

nicht vorliegt. vorliegt.

Ich versichere, dass die Angaben der Wahrheit und die Vereinbarungen in den übersandten Verträgen den tatsächlichen Verhältnissen entsprechen. Wenn der Auftragnehmer nicht in der **gesetzlichen** Krankenversicherung versichert ist beziehungsweise war (siehe Ziffer 1.2) und von seinem Wahlrecht nach Ziffer 6 keinen Gebrauch gemacht hat, welche **gesetzliche** Krankenkasse wählen Sie als Einzugsstelle?

bitte Namen und Anschrift der Krankenkasse angeben

Firmenstempel der Auftraggeberin / des Auftraggebers

Ort, Datum, Unterschrift

8 Anlagen

- Anlage zum Statusfeststellungsantrag zur Beschreibung des Auftragsverhältnisses (Vordruck C0031)
- Anlage zum Statusfeststellungsantrag für Gesellschafter / Geschäftsführer einer GmbH (Vordruck C0032)
- Anlage zum Statusfeststellungsantrag für mitarbeitende Angehörige (Vordruck C0033)

Anlagen bitte in Kopie beifügen

- Arbeitsvertrag
- Unterlagen über die Tätigkeit (zum Beispiel Dienstvereinbarungen, Niederschrift mündlicher Absprachen)
- Gesellschaftsvertrag
- _____
- _____

