

Versicherungsnummer

Kennzeichen
(soweit bekannt)

2 Angaben zur selbständigen Tätigkeit

2.1 Art der Tätigkeit (bitte Nachweise beifügen, zum Beispiel Gewerbeanmeldung)

selbständig tätig seit

Tag	Monat	Jahr

2.1.1 Adresse des Betriebes beziehungsweise Tätigkeitsort

Telefon, Telefax

2.1.2 Beschreiben Sie bitte kurz die von Ihnen ausgeübte Tätigkeit.

2.1.3 Sind Sie oder waren Sie wegen der von Ihnen ausgeübten Tätigkeit in die Handwerksrolle eingetragen und erfüllen beziehungsweise erfüllten Sie in Ihrer Person die für die Eintragung notwendigen Voraussetzungen?

vom - bis

nein ja

Handwerkskammer

2.2 Angaben zur geringfügigen selbständigen Tätigkeit

2.2.1 Sofern Sie Ihre selbständige Tätigkeit **ab** dem 1.1.2025 aufgenommen haben:

Übersteigt Ihr geschätztes monatliches Arbeitseinkommen (Gewinn) **ab** Aufnahme Ihrer selbständigen Tätigkeit regelmäßig 556 EUR?

nein, Angaben zu Ziffern 4 und 5 entfallen ja, bitte weiter bei Ziffer 2.3

2.2.2 Sofern Sie Ihre Tätigkeit **vor** dem 1.1.2025 aufgenommen haben:

Bitte machen Sie durchgehend Angaben, ob Ihr geschätztes monatliches Arbeitseinkommen (Gewinn) ab Aufnahme der selbständigen Tätigkeit die maßgebende Geringfügigkeitsgrenze (bis 31.12.2022: 450 EUR, vom 1.1.2023 bis 31.12.2023: 520 EUR, vom 1.1.2024 bis 31.12.2024: 538 EUR, ab 1.1.2025: 556 EUR) übersteigt.

Zeitraum vom - bis

maßgebende Geringfügigkeitsgrenze

nicht überschritten überschritten

nicht überschritten überschritten

nicht überschritten überschritten

2.3 Beschäftigen Sie im Zusammenhang mit Ihrer selbständigen Tätigkeit regelmäßig mindestens einen Arbeitnehmer / Auszubildenden?

nein ja, bitte Nachweise über die Anzahl der beschäftigten Arbeitnehmer / Auszubildenden sowie über die Höhe des monatlichen Arbeitsentgelts beifügen.
Die Beantwortung der Ziffern 3.1 bis 3.9 entfällt.



Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)
---------------------	---------------------------------

3.6 Werden Ihnen Weisungen hinsichtlich der Ausführung (Art und Weise) Ihrer Tätigkeit erteilt?
 nein ja

3.7 Kann Ihr Auftraggeber Ihr Einsatzgebiet auch ohne Ihre Zustimmung verändern?
 nein ja

3.8 Ist die Einstellung von Vertretern beziehungsweise Hilfskräften durch Sie von der Zustimmung Ihres Auftraggebers abhängig?
 nein ja

3.9 Beschreiben Sie bitte Ihr unternehmerisches Handeln bezüglich eigenen Kapitaleinsatzes, eigener Kalkulation, Preisgestaltung, Werbung und Ablehnung von Aufträgen.

4 Monatliche Beitragshöhe

Bei bestehender Versicherungspflicht beantrage ich die Zahlung des

halben Regelbeitrags.
 Der Beitragshöhe liegt hierbei ein Arbeitseinkommen in Höhe von 50 % der Bezugsgröße zugrunde. Der halbe Regelbeitrag kann bis zum Ablauf von 3 Kalenderjahren nach dem Jahr der Aufnahme der selbständigen Tätigkeit gezahlt werden.

Regelbeitrags.
 Der Beitragshöhe liegt hierbei ein Arbeitseinkommen in Höhe der Bezugsgröße zugrunde.

einkommensgerechten Beitrags.
 Der Beitragshöhe liegt hierbei ein Jahresarbeitseinkommen zugrunde. Näheres entnehmen Sie bitte dem Vordruck V0021.

Bitte schätzen Sie die voraussichtliche Höhe Ihres Arbeitseinkommens (Gewinn) und belegen Ihre Angabe durch geeignete Unterlagen.

Mein geschätztes Arbeitseinkommen im Kalenderjahr (Jahr des Beginns der
 Versicherungspflicht) beträgt EUR Cent

Der Schätzung liegt der Zeitraum vom Tag Monat Jahr bis Tag Monat Jahr
 zugrunde (längstens bis zum 31. Dezember des Jahres des Beginns der Versicherungspflicht).

Folgende Unterlagen füge ich bei: Bescheinigung des Steuerberaters
 sonstige geeignete Unterlagen



Versicherungsnummer

Kennzeichen
(soweit bekannt)

5 Angaben zum Zahlungsweg

- Abbuchung vom Bankkonto
Der Rentenversicherungsträger benötigt dazu ein SEPA-Basis-Lastschriftmandat. Bitte fügen Sie den Vordruck V0005 bei.
- Überweisung
Bei jeder Überweisung bitte unbedingt angeben:
Versicherungsnummer, Vorname, Name, Art und Höhe der Beiträge, Verwendungszeitraum der Beiträge

6 Dokumentenzugang 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)

7 Erklärung

Ich versichere, dass ich sämtliche Angaben in diesem Vordruck nach bestem Wissen gemacht habe und die Vereinbarungen in den übersandten Verträgen den tatsächlichen Verhältnissen entsprechen.

Ort, Datum

Unterschrift des Antragstellers

8 Anlagen

- Vordruck V0005 (SEPA-Basis-Lastschriftmandat)

9 Hinweis

Wird der Antrag von einem Bevollmächtigten gestellt, ist eine **Vollmacht** erforderlich.

