

AOK Bremen/Bremerhaven
Hauptgeschäftsstelle Bremen
Postfach 10 79 63
28079 Bremen

Angaben zur Feststellung der Teilnahme am Ausgleichsverfahren 20__
für die Betriebsnummer _____

- ☐ In meinem/unserem Betrieb waren im Vorjahr 20__ in **keinem** Kalendermonat mehr als 30 Arbeitnehmer beschäftigt.
- ☐ In meinem/unserem Betrieb waren im Vorjahr 20__ in **jedem** Kalendermonat mehr als 30 Arbeitnehmer beschäftigt.

Falls Aussage 1 oder 2 nicht zutrifft, geben Sie bitte die Anzahl der jeweils **am 1. eines jeden Monats** beschäftigten Arbeitnehmer an (Erläuterungen finden Sie in der entsprechenden KURZINFO).

Jan.	Feb.	März	April	Mai	Juni	Juli	Aug.	Sept.	Okt.	Nov.	Dez.

- ☐ In meinem/unserem Betrieb werden ausschließlich Auszubildende und/oder Schwerbehinderte beschäftigt.
- ☐ Ich/wir haben mehrere Betriebe oder auswärtige Betriebsteile, über deren Teilnahme am Ausgleichsverfahren bereits von einer anderen AOK entschieden wurde. Als Anlage fügen wir zur einheitlichen Entscheidung Kopien der Feststellungsbescheide bei.

Bitte geben Sie uns Ihre Bankverbindung auf, da Erstattungen, sofern sie nicht mit den laufenden Beiträgen verrechnet werden, bargeldlos erfolgen.

Bankinstitut: _____

IBAN: _____

BIC / SWIFT-Code : _____

Kontoinhaber/-in: _____

Ansprechpartner/-in: _____ Telefon: _____

Ort/Datum _____

Unterschrift / Firmenstempel _____

Datenschutzhinweis:

Die Daten werden zur Erfüllung unserer Aufgaben nach § 3 Abs. 1 AAG zur Feststellung der Umlagepflicht erhoben und verarbeitet. Ihr Mitwirken ist nach § 3 Abs. 2 AAG erforderlich. Fehlende Mitwirkung schließt Erstattungen von Aufwendungen für Entgeltfortzahlung aus. Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten sowie unsere Kontaktdaten finden Sie unter <http://www.aok.de/hb/datenschutzrechte> oder wenden Sie sich bei Fragen an die AOK Bremen/Bremerhaven, Bürgermeister-Smidt-Str. 95, 28195 Bremen.