

Vorname Name \_\_\_\_\_

Krankenversicherungsnummer \_\_\_\_\_

### Angaben zum Einkommen für die Beitragsberechnung ab

Bitte fügen Sie Ihre Einkommensnachweise **in Kopie** bei, da eine Rücksendung der Originale aus technischen Gründen nicht möglich ist!

#### 1. Angaben zum Ehepartner/eingetragenen Lebenspartner\*)

Ich bin verheiratet bzw. habe einen eingetragenen Lebenspartner  ja  nein  
Krankenversicherung des Ehepartners/eingetragenen Lebenspartners  gesetzlich  nicht gesetzlich  
 keine (z.B. freie Heilfürsorge)

**Nur, wenn** Ihr Ehepartner/eingetragene Lebenspartner **nicht gesetzlich** krankenversichert ist, benötigen wir folgende Angaben:

Höhe der Einkünfte des Ehepartners/ eingetragenen Lebenspartners  monatlich  jährlich \_\_\_\_\_ EUR

Anzahl der **gemeinsamen unterhaltsberechtigten** Kinder (unter 25 Jahren) \_\_\_\_,  
davon sind \_\_\_\_, gesetzlich familienversichert, \_\_\_\_, privat versichert, \_\_\_\_, mit eigener gesetzlicher Versicherung.

Anzahl der **nicht gemeinsamen unterhaltsberechtigten** Kinder (unter 25 Jahren) Ihres Ehepartners/eingetragenen Lebenspartners \_\_\_\_,  
davon sind \_\_\_\_, gesetzlich familienversichert, \_\_\_\_, privat versichert, \_\_\_\_, mit eigener gesetzlicher Versicherung.

Erhält/erhalten das/die **nicht gemeinsame/n** Kind/er Ihres Ehepartners/eingetragenen Lebenspartners Unterhalt von Dritten?

ja  nein

Wenn ja, in Höhe von monatlich \_\_\_\_\_ EUR (Bitte Nachweis beifügen, z.B. Kontoauszug oder Unterhaltstitel).

\*) Als Lebenspartner gelten gleichgeschlechtliche Personen, die nach dem Gesetz über die eingetragene Lebenspartnerschaft (LPartG) ihre Partnerschaft erklärt haben.

#### 2. Angaben zur Tätigkeit

Ich bin seit \_\_\_\_\_ selbstständig oder freiberuflich tätig als: \_\_\_\_\_  
wöchentliche Arbeitszeit (einschließlich Vor- und Nacharbeitszeit): \_\_\_\_\_ Stunden  
Betriebsnummer: \_\_\_\_\_  
Name der Firma: \_\_\_\_\_  
Anzahl pflichtversicherte Arbeitnehmer/innen: \_\_\_\_\_  
Anzahl geringfügig beschäftigter Arbeitnehmer/innen: \_\_\_\_\_

Ich bin Existenzgründer/Existenzgründerin. **(Bitte eine Kopie des Bewilligungsbescheides beifügen.)**

Ich bin Arbeitnehmer/in seit: \_\_\_\_\_, durchschnittliche wöchentliche Arbeitszeit: \_\_\_\_\_

Beamter/Beamtin  des Bundes  des Landes \_\_\_\_\_

Pensionär/Pensionärin  des Bundes  des Landes \_\_\_\_\_

Ich habe Anspruch auf  Beihilfe  freie Heilfürsorge

Rentner/Rentnerin

Berufs-/Fachschüler/in, Meisterschüler/in, Wandergeselle **(Bitte Schulbescheinigung beifügen!)**

vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ Name der Schule \_\_\_\_\_

Student/in, Schüler/in oder Umschüler/in **(Bitte Immatrikulations- oder Schulbescheinigung beifügen!)**

Sozialhilfeempfänger/in

ich lebe seit \_\_\_\_\_ in einer stationären Einrichtung. An den Kosten beteiligt sich das Sozialamt/Grundsicherungsamt.

Ich bin nicht erwerbstätig

#### 3. Angaben zum Einkommen des Mitglieds

Letzte Einkommensänderung ab: \_\_\_\_\_

Meine monatlichen Bruttoeinnahmen liegen über 4.837,50 EUR und eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung oder Versorgungsbezüge erhalte ich nicht.

ja **Weitere Angaben sind nicht erforderlich. Bitte unterschreiben Sie den Fragebogen.**

nein **Weitere Angaben ab Punkt 4.1.**

**3.1. Einkünfte (Gewinn) aus selbstständiger Tätigkeit** monatlich     jährlich    \_\_\_\_\_ EUR

Mein letzter Einkommenssteuerbescheid der mir vorliegt ist für das Jahr \_\_\_\_\_

 Eine **vollständige** Kopie füge ich bei. Mein letzter Einkommenssteuerbescheid liegt Ihnen bereits vor. Sobald mir ein neuer Steuerbescheid vorliegt, werde ich diesen umgehend nachreichen.**3.2. Einkünfte aus nicht selbstständiger Tätigkeit (einschließlich Einmalzahlungen)** monatlich     jährlich    \_\_\_\_\_ EUR*Bitte fügen Sie eine Gehaltsabrechnung für das gesamte letzte Kalenderjahr bei. Wenn Sie eine Abfindung erhalten haben, fügen Sie bitte die Bescheinigung über die Höhe der Abfindung bei.***3.3. Abfindungen wegen Beendigung des Arbeitsverhältnisses (auch Entschädigungen oder ähnliche Leistungen)** monatlich     einmalig    \_\_\_\_\_ EUR*Bitte fügen Sie den Abfindungsvertrag bei.***3.4. Renten (z.B. Alters-, Hinterbliebenen- oder Unfallrenten, auch ausländische Renten)** monatlich     jährlich    \_\_\_\_\_ EUR*Bitte fügen Sie den aktuellen Rentenbescheid bei.***3.5. Versorgungsbezüge (z.B. Pensionen, Betriebs- und Zusatzrenten, inklusive Einmalzahlungen)** monatlich     jährlich    \_\_\_\_\_ EUR*Bitte fügen Sie den aktuellen Pensionsbescheid oder Versorgungsnachweis bei.***3.6. Einkünfte aus Vermietung/Verpachtung** monatlich     jährlich    \_\_\_\_\_ EUR*Bitte fügen Sie den letzten vorhandenen Einkommenssteuerbescheid bei.***3.7. Einkünfte aus Kapitalvermögen** monatlich     jährlich    \_\_\_\_\_ EUR*Bitte fügen Sie eine aktuelle Zinsbescheinigung bei.***3.8. Sozialhilfe/Grundsicherung/Sozialgeld** monatlich     jährlich    \_\_\_\_\_ EUR*Bitte fügen Sie eine aktuelle Bedarfsberechnung bei.***3.9. Sonstige Einnahmen (z. B. BAföG, einmalig oder laufende Leistungen aus privaten Lebens- oder Rentenversicherungen)** monatlich     jährlich    \_\_\_\_\_ EUR*Bitte fügen Sie aktuelle Nachweise bei.***3.10.** Ich habe keine Einnahmen.

Bestätigung über Unterhaltsleistungen: Hinweis: Die Unterhaltsbestätigung im Rahmen dieses Selbstauskunftformulars ist ein Serviceangebot, dessen Nutzung freiwillig ist. Erhaltene Unterhaltsleistungen können auch durch einen Unterhaltstitel, eine formlose Unterhaltsbestätigung oder auf andere geeignete Weise (z.B. Kontoauszug) nachgewiesen werden.

Mein Lebensunterhalt wird sichergestellt durch \_\_\_\_\_ (z.B. Ehegatte/Lebenspartner/Eltern/ andere Verwandte).

 monatlich     jährlich    \_\_\_\_\_ EUR

Datum und Unterschrift des/der Unterhaltsleistenden

Ich habe alle Einnahmen, die ich zu meinem Lebensunterhalt verwende oder verwenden könnte, vollständig angegeben. Sofern sich meine Einkünfte ändern, werde ich die AOK Nordost umgehend benachrichtigen und die entsprechenden Nachweise vorlegen. Mir ist bekannt, dass unvollständige Angaben die rückwirkende Korrektur der Beitragsbemessung zu meinen Ungunsten zur Folge haben können.

Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift Mitglied/gesetzlicher Vertreter \_\_\_\_\_

Telefonnummer tagsüber \_\_\_\_\_

Hinweis zum Datenschutz (§ 67 a Absatz 3 SGB X) und zur Mitwirkungspflicht: Damit wir unsere Aufgaben rechtmäßig erfüllen können, ist Ihr Mitwirken nach §§ 206 SGB V und 50 SGB XI erforderlich. Ihre Daten sind im vorliegendem Falle aufgrund §§ 240 SGB V und 57 SGB XI zur korrekten Festsetzung der Beitragshöhe notwendig. Fehlt Ihre Mitwirkung, kann dies zu Nachteilen bei der Beitragsbemessung führen. Für die Beitragsberechnung benötigen wir den vollständigen Steuerbescheid. Nicht erforderliche Daten können geschwärzt werden. Die Angabe der Telefonnummer ist freiwillig. Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden Sie unter [www.aok.de/nordost/datenschutzrechte](http://www.aok.de/nordost/datenschutzrechte).

Vorname Name, Krankenversicherungsnummer

Gültig ohne Unterschrift bei Versand über die „Meine AOK“