

## ÄNDERUNG MITARBEITER / MINIJOBBER

Letzte Aktualisierung: 23.03.2022

### FIRMA / PRAXIS

Name:

### ARBEITNEHMER

Familienname:

Vorname:

Sozialversicherungs- bzw.  
Rentenversicherungsnummer:

Steueridentifikationsnummer:

### ÄNDERUNG ARBEITSZEIT

Wochenarbeitszeit bisher:

Wochenarbeitszeit neu:

Änderung gilt ab:

Grund für die Änderung:

- Änderung Teilzeit auf Vollzeit
- Vereinbarung über flexible Arbeitszeiten mit Arbeits- und Freizeitphasen
- Vollzeit auf Teilzeit
- Änderung innerhalb einer Teilzeit
- Elternzeit
- Pflegezeit
- Altersteilzeitvereinbarung — wenn Aufstockungsbeträge gezahlt werden

Sonstiger Änderungsgrund:

Durchschnittliche Wochenarbeitszeit  
eines Vollzeitarbeitnehmers:

### ÄNDERUNG BEFRISTUNG

Der befristete Arbeitsvertrag wurde  
verlängert bis:

Der befristete Arbeitsvertrag wurde  
verlängert am:

### AUSBILDUNGSENDE

Tatsächliches Ende der Ausbildung:

### ÄNDERUNG ENTGELT

Änderung des Entgelts ab:

Monatlicher Bruttobezug neu:

Monatlicher Sachbezug neu:

### ÄNDERUNG TÄTIGKEIT

Bisheriger Tätigkeitsbereich:

Neuer Tätigkeitsbereich:

### ÄNDERUNG BANKVERBINDUNG

Neuer IBAN:	
Neuer BIC:	
Neuer Bankname:	

ÄNDERUNG PRIVATE KRANKENVERSICHERUNG		
Private Krankenversicherung:	Firmenzahler:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Monatl. Beitragsanteil für Basiskrankenversicherungsschutz: (Bitte Bescheinigung der Krankenversicherung beifügen)		
gezahlter/ tatsächlicher Gesamtbeitrag KV/ PV:		

WAHL ZUR RENTENVERSICHERUNG (VERZICHT AUF DIE VERSICHERUNGSPFLICHT)		
Arbeitnehmer, die eine geringfügig entlohnte Beschäftigung ausüben und in dieser Beschäftigung zunächst grundsätzlich rentenversicherungspflichtig sind, können sich auf Antrag von dieser Rentenversicherungspflicht befreien lassen.		
Durch den Verzicht werden sie versicherungsfrei in der Rentenversicherung. (Antrag beifügen)		
<input type="checkbox"/>	Ich beantrage die Rentenversicherungsbefreiung ab Beschäftigungsbeginn.	
<input type="checkbox"/>	Die Versicherungsbefreiung soll mit Beginn des der Antragstellung folgenden Monats beginnen.	
<input type="checkbox"/>	Die Versicherungsbefreiung soll ab	beginnen.
<b>Dem Arbeitnehmer ist bekannt, dass ein Widerruf dieser Erklärung für die Dauer des Beschäftigungsverhältnisses nicht möglich ist.</b>		
Es besteht eine weitere geringfügige Beschäftigung, in der ich schriftlich gegenüber dem Arbeitgeber auf die Rentenversicherungspflicht verzichtet habe.		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

SONSTIGES	
Sonstige Änderung ab:	
Sonstige Änderung:	

Ich versichere, die oben gemachten Angaben vollständig und wahrheitsgemäß gemacht zu haben. Sollten sich im Verlauf meiner Beschäftigung Veränderungen ergeben, werde ich diese unverzüglich mitteilen. Soweit meinem Arbeitgeber durch unvollständige oder unrichtige Angaben Nachteile entstehen, bin ich schadenersatzpflichtig.	
_____	_____
Ort, Datum	Unterschrift Arbeitnehmer bzw. gesetzlicher Vertreter
_____	
Unterschrift/Stempel Arbeitgeber	

<b>Ein Service Ihrer Kanzlei:</b>	
	Ettinger Str. 7 85080 Gaimersheim Deutschland Tel. (0 84 58) 3 97 11 - 0 Fax (0 84 58) 3 97 11 - 29 info@kanzlei-schimmer.de