

Anmeldung  
  Unterbrechung  
  Änderung  
  Abmeldung  
  Aufhebung der Anmeldung  
 Arbeitnehmer  ⇒  Typ  SZČO  DPO  FO  ⇒  für Staat zahlt  ⇒  Freiwillige Abmeldung

| 1. Identifizierung FO (Arbeitnehmer + SZČO + DPO + FO, für die der Staat zahlt) |      |               |                        | Geburtsnummer |
|---|------|---------------|------------------------|---------------|
|   |      |               |                        |               |
| Titel vor dem Namen   | Name | Familiennamen | Titel hinter dem Namen |               |
|   |      |               |                        |               |

| 2. Ergänzende Angaben (SZČO +DPO) |            | Variables Symbol |
|-----------------------------------|------------|------------------|
| Id. Nr.                           | Steuer Nr. |                  |
|                                   |            |                  |

| 3. Adresse und ergänzende Angaben FO (Arbeitnehmer + SZČO + DPO + FO, für die der Staat zahlt) |                  |                  |                            |                     |
|--|------------------|------------------|----------------------------|---------------------|
| Dauerwohnort – Straße  | Konskription Nr. | Orientierung Nr. | Geburtsdatum               | Staatsangehörigkeit |
|  |                  |                  |                            |                     |
| Gemeinde   | PLZ              |                  | Geburtsfamilienname        |                     |
|  |                  |                  |                            |                     |
| Staat  | Geschlecht       | Zustand          | Vorangehender Familienname |                     |
|  |                  |                  | Geburtsdatum               |                     |
|  |                  |                  |                            |                     |

| 4. Ergänzende Angaben (Arbeitnehmer)   |                          |   |                          |
|--|--------------------------|---|--------------------------|
| Arbeitnehmer, der Statutarisches Organ oder Mitglied des statutarischen Organs des Arbeitgebers ist und mindestens 50% Anteil an dem Vermögen des Arbeitgebers hat | <input type="checkbox"/> | Arbeitnehmer des Arbeitgebers laut § 7 Abs. 2     | <input type="checkbox"/> |
|  |                          | Mitglied der Gemeindepolizei im Arbeitsverhältnis | <input type="checkbox"/> |

| 5. Korrespondenzadresse FO (Arbeitnehmer + SZČO + DPO + FO, für die der Staat zahlt) |                  |                  |         |
|--|------------------|------------------|---------|
| Straße   | Konskription Nr. | Orientierung Nr. | Telefon |
|  |                  |                  |         |
| Gemeinde   | PLZ              |                  | E-Mail  |
|  |                  |                  |         |
| Staat  |                  |                  |         |

| 6. Bankverbindung FO (Arbeitnehmer + SZČO + DPO) |
|--|
| IBAN   |

| 7. Grundidentifizierung des Arbeitgebers (Arbeitnehmer) |                  |
|---|------------------|
| Name des Arbeitgebers                                   | Variables Symbol |
|   |                  |
| Id. Nr.   | Steuer Nr.       |
|   |                  |

| 8. Ergänzende Angaben des Arbeitgebers FO (Arbeitnehmer) |      |                         |                        |
|--|------|-------------------------|------------------------|
| Titel vor dem Namen                                      | Name | Familiennamen (letzter) | Titel hinter dem Namen |
|  |      |                         |                        |
|  |      |                         | Geburt Nr.             |
|  |      |                         |                        |

| 9. Versicherungszeitraum (Arbeitnehmer + SZČO + DPO + FO, für die der Staat zahlt) |                              |                                   |                          |                                  |  |                          |
|--|------------------------------|-----------------------------------|--------------------------|----------------------------------|--|--------------------------|
| Datum Entstehung d. Versicherung   | Datum Aufhebung d. Anmeldung | Datum Entstehung d. Unterbrechung | Grund für Unterbrechung  | Datum Erlöschen d. Unterbrechung | Datum Erlöschen d. Versicherung  | Arbeitsverhältnis        |
|  |                              |                                   | <input type="checkbox"/> |                                  |  | <input type="checkbox"/> |
| Datum Entstehung d. Arbeitsverhältnisses   | Datum Anfang MD              | Datum Ende MD                     | Datum Beginn RD          | Datum Ende RD                    | Leistung d. Arbeit im Staat  |                          |
|  |                              |                                   |                          |                                  |  |                          |
| Geburt Nr. d. Kindes   | Name des Kindes              | Familiennamen des Kindes          |                          |                                  | <input type="checkbox"/> Arbeitsverhältnis<br><input type="checkbox"/> Beamtenverhältnis |                          |
|  |                              |                                   |                          |                                  |  |                          |

| 10. Zeitraum und Bemessungsgrundlage der freiwillige versicherten Person (DPO) |                                |                     |
|--|--------------------------------|---------------------|
| Datum NP-Entstehung  | NP-Bemessungsgrundlage         | Datum NP-Erlöschen  |
|  |                                |                     |
| Datum DP Entstehung  | DP und RFS Bemessungsgrundlage | Datum DP-Erlöschen  |
|  |                                |                     |
| Datum PvN-Entstehung   | PvN Bemessungsgrundlage        | Datum PvN Erlöschen |
|  |                                |                     |

| 11. Unterschriften und Stempelabdrücke (Arbeitnehmer+ SZČO +DPO+FO, für die der Staat zahlt) |                               |  |   |                               |
|--|-------------------------------|--|---|-------------------------------|
| Datum Entstehung der Änderung  | Datum der Formblattausfüllung |  |   | Datum Annahme des Formblattes |
|  |                               |  |   |                               |
| Formblatt ausgefüllt von (Name u. Familienname)  |                               | Unterschrift und Stempelabdruck<br>des Arbeitgebers oder<br>der registrierenden FO | Unterschrift und Stempelabdruck<br>der Sozialversicherung |                               |
|  |                               |  |   |                               |
| Telefon  |                               | E-Mail   |   |                               |
|  |                               |  |   |                               |