# Erklärung zur Beschäftigung freier Mitarbeiter\*innen

## Name, Vorname:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

### Geburtsname:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

### Geburtsdatum / Ort:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

### Anschrift:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

### Telefon:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ E-Mail-Adresse:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

### Steuer-ID:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Steuernummer:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

### Bankverbindung bei Institution:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

## BIC:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

### IBAN: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ich gebe hinsichtlich meiner Tätigkeit als\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**bei der Stiftung Digitale Spielekultur gGmbH**

seit dem\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

oder vom\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_bis\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

folgende Erklärung ab:

**1. Ich bin im Zusammenhang mit der oben genannten Tätigkeit**

Kein\*e versicherungspflichtige\*r Arbeitnehmer\*in

Als versicherungspflichtige\*r Arbeitnehmer\*in beschäftigt.

**2. Ich bin als freie\*r Mitarbeiter\*in**

regelmäßig und im Wesentlichen nur für einen Auftraggeber tätig, d. h. ich beziehe mindestens

fünf Sechstel meiner gesamten Einkünfte aus dieser Tätigkeit.

für folgende weitere Auftraggeber tätig

außer als freie\*r Mitarbeiter\*in/ Honorarkraft in der o. g. Tätigkeit noch anderweitig tätig bzw. beschäftigt

bei:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Grundlage\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(z. B. Arbeitsvertrag; Honorarvertrag; Beamt\*innenverhältnis)

zeitlicher Umfang wöchentlich\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Stunden.

**3. Ich unterliege in der zu beurteilenden Tätigkeit den Weisungen der o. g. Einsatzstelle**

ja nein

Ich bin in deren Arbeitsorganisation eingebunden (eigener Arbeitsplatz, regelmäßige Arbeitszeit)

ja nein

**4. Ich trete aufgrund unternehmerischer Tätigkeit am Markt auf (z. B. durch Eigenwerbung)**

nein ja, durch \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**5. Ich bin**

Selbstständig Festangestellte\*r Student\*in Rentner\*in

Beamter\*in im Ruhestand Arbeitslosengeld-/hilfeempfänger\*in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**6. Ich bin** bei der \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_-Krankenkasse

unter der Mitgliedsnummer \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

freiwillig (u.a. privat) versichert pflichtversichert familienversichert

Sollte zurzeit keine Versicherung in einer der gesetzlichen Krankenkassen oder keine private Kranken-versicherung bestehen, nennen Sie bitte die gesetzliche Krankenkasse, bei der Sie zuletzt Mitglied oder versichert waren:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**7. Ich bin** bei der Deutschen Rentenversicherung

unter der Versicherungsnr.

(siehe Sozialversicherungsausweis)

nicht versichert freiwillig versichert pflichtversichert

Ich bin ein Mitglied der Künstlersozialkasse, Mitgl. Nr.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ich gehöre einem sonstigen Alterssicherungssystem an

nein

ja, der / dem \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ich versichere die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben und verpflichte mich, jede Änderung

unverzüglich meinem Auftraggeber bekannt zu geben.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ort, Datum Unterschrift