



Abteilung für Personal und Personalentwicklung
Clearingstelle III C 4

Humboldt-Universität zu Berlin • Abteilung für Personal und Personalentwicklung • Unter den Linden 6 • D-10099 Berlin

Auskunft zur Klärung des sozialversicherungsrechtlichen Status

Hinweis: Um die Versicherungspflicht überprüfen zu können, benötigen wir aufgrund des Vierten Buches des Sozialgesetzbuches - Gemeinsame Vorschriften für die Sozialversicherung (SGB IV) - von Ihnen einige wichtige Informationen. Wir möchten Sie deshalb bitten, die gestellten Fragen **sorgfältig** und **vollständig** zu beantworten und uns den Fragebogen möglichst umgehend zurückzugeben.

Dieser Fragebogen ist angelehnt an den Antrag auf Statusfeststellung der DRV (besonders an den Teil 3). Wir empfehlen, eine Kopie des ausgefüllten Fragebogens zu fertigen, da ggf. im Zuge der Statusfeststellung von der DRV ein weiterer Fragebogen an Sie gesandt werden kann.

1 Angaben zur Person des/r Auftragnehmers/in

Name		Vornamen (Rufname bitte unterstreichen)	
Geburtsname		Frühere Namen	
Geburtsdatum 	Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	Staatsangehörigkeit	
Geburtsort (Kreis, Land)			
Derzeitige Adresse (Straße, Hausnummer)		Telefonisch tagsüber zu erreichen (freiwillig)	
Postleitzahl 	Wohnort	Telefax (freiwillig)	
Ich bin <input type="checkbox"/> Student/in <input type="checkbox"/> Rentner/in <input type="checkbox"/> Beamter/Beamtin im Ruhestand <input type="checkbox"/> Arbeitslosengeld-/Arbeitslosengeld II empfänger/-in <input type="checkbox"/> Sonstiges:			

2 Zu beurteilende Tätigkeit des/r Auftragnehmers/in

Ausgeübte Tätigkeit	Bezeichnung	Beginn - Ende
Beschreiben Sie bitte die von Ihnen ausgeübte Tätigkeit so genau wie möglich (ggf. Anlage).		Hinweis: Bei Beginn und Ende geben Sie die Semesterzeit (einschl. vorlesungsfreier Zeit) in Monaten an.
Wurde bereits durch eine Krankenkasse/einen Rentenversicherungsträger oder die Künstlersozialkasse für diese Tätigkeit festgestellt, dass Sie nicht in einem abhängigen Beschäftigungsverhältnis zu Ihrem/r Auftraggeber/in stehen? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bitte Bescheid der Krankenkasse/des Rentenversicherungsträgers bzw. der Künstlersozialkasse beifügen		
Beschäftigen Sie mindestens eine/n Arbeitnehmer/in oder Auszubildende/n mit einem monatl. Monatsentgelt von mehr als 325,- Euro ? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		

3 Grundlagen und Ausgestaltung der Tätigkeit des/r Auftragnehmers/in

Wo führen Sie Ihre Tätigkeiten durch?
Haben Sie regelmäßige Arbeits- oder Anwesenheitszeiten einzuhalten? wenn ja: Bitte Anzahl der Stunden angeben <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Std. <input type="checkbox"/> tgl. <input type="checkbox"/> wö. <input type="checkbox"/> mtl.
Werden Ihnen Weisungen inhaltlicher oder organisatorischer Art hinsichtlich der Ausführung Ihrer Tätigkeit erteilt? inhaltlich organisatorisch <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja wenn ja: Welche?

Kann Ihr/e Auftraggeber/in Ihr Einsatzgebiet auch ohne Ihre Zustimmung verändern?
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Ist die Einstellung von Vertretern/innen bzw. Hilfskräften durch Sie von der Zustimmung Ihres/r Auftraggebers/in abhängig?
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Beschreiben Sie bitte Ihr eventuelles unternehmerisches Handeln bezüglich eigenen Kapitaleinsatzes, eigener Kalkulation, Preisgestaltung, Werbung und Ablehnung von Aufträgen!
Werden Ihnen Arbeitsgeräte und Arbeitsmaterialien zur Verfügung gestellt? wenn ja: Welche?
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Ist eine Zusammenarbeit mit anderen Mitarbeitern/innen des/r Auftraggebers/in notwendig? wenn ja: Inwiefern?
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Werden Sie für tatsächlich geleistete Arbeitszeit bezahlt, oder erhalten Sie nach der Beendigung der Tätigkeit eine Gesamtvergütung?
<input type="checkbox"/> geleistete Arbeitszeit <input type="checkbox"/> Gesamtvergütung
Falls Sie in einem abhängigen Beschäftigungsverhältnis mit der Humboldt-Universität stehen oder standen: In welchem Zusammenhang steht bzw. stand die Tätigkeit mit der jetzigen?

4 Erklärung des/r Auftragnehmers/in

Hiermit versichere ich, dass die Angaben der Wahrheit und die Vereinbarungen in den Verträgen den tatsächlichen Verhältnissen entsprechen. Für den Fall, dass Unklarheiten über den sozialversicherungsrechtlichen Status meiner Tätigkeit bestehen, erkläre ich meine Zustimmung zur Beantragung einer sozialversicherungsrechtlichen Statusfeststellung nach § 7a Abs. 1 SGB IV durch die DRV und beantrage festzustellen, dass ein abhängiges Beschäftigungsverhältnis nach § 7 Abs. 1 SGB IV nicht vorliegt vorliegt.

Für den Fall, dass Krankenversicherungspflicht als Arbeitnehmer/in festgestellt wird, wähle ich folgende gesetzliche Krankenkasse (keine private Krankenkasse!):

Bitte Name und Anschrift der Krankenkasse angeben

Ort, Datum Michael Meuter
Unterschrift des/r Auftragnehmers/in

5 Zustimmung des/r Auftragnehmers/in

Hiermit erkläre ich, dass ich für den Zeitraum zwischen Aufnahme der Beschäftigung und der sozialversicherungsrechtlichen Entscheidung der DRV eine Absicherung gegen das finanzielle Risiko von Krankheit und zur Altersvorsorge vorgenommen habe, die der Art nach den Leistungen der gesetzlichen Rentenversicherung entspricht.

Weiter erkläre ich für den Fall der Feststellung eines versicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnisses (nach Antragstellung an die DRV innerhalb eines Monats nach Aufnahme der Tätigkeit) meine Zustimmung, dass die Versicherungspflicht erst mit Bekanntgabe der Entscheidung durch die DRV eintritt.

Musterhausen, 13.08.2021 Michael Meuter
Unterschrift des/r Auftragnehmers/in

6 Erklärung des/r Projektleiters/in / Verwaltungsleiters/in

Hiermit wird bestätigt, dass die Angaben zu den tatsächlichen Tätigkeiten und deren Ausgestaltung den Vereinbarungen in den übersandten Verträgen entsprechen.

Hinweis:
Hier unterschreiben nicht Sie, sondern die StuROPx-Koordinierungsstelle.

Ort, Datum _____
Unterschrift des/r Projekt-/Verwaltungsleiter/in

Anlagen: _____