

Anmeldung

2

Änderung / Abmeldung

**Arbeitgeber**

Name		Vorname 3	Vorsatzwort, Namenszusatz, Titel 3	
Straße und Hausnummer		Betriebsnummer als Privathaushalt 4		Pauschsteuer 5
				Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Postleitzahl	Wohnort		Steuernummer 6	
E-Mail-Adresse 7		Telefonnummer 7		

**Beschäftigte/-r**

Name		Vorname 3	Vorsatzwort, Namenszusatz, Titel 3	
Straße und Hausnummer		Geburtsname		
Land	Postleitzahl	Wohnort		Geburtsdatum
				Männlich <input type="checkbox"/> Weiblich <input type="checkbox"/>
Rentenversicherungsnummer der / des Beschäftigten 8		Geburtsort		
E-Mail-Adresse 7		Telefonnummer 7		
Welche der folgenden Aussagen trifft auf Ihre Haushaltshilfe zu? Meine Haushaltshilfe...				
<input type="checkbox"/>	übt eine weitere Beschäftigung mit mehr als 450 Euro monatlich aus 9	<input type="checkbox"/>	ist nicht gesetzlich krankenversichert 10	<input type="checkbox"/>
			möchte selbst Pflichtbeiträge zur Rentenversicherung zahlen 11	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>

**Dauer der Beschäftigung****Nur ausfüllen zur An- und / oder Abmeldung einer Haushaltshilfe 12**

Beginn der Beschäftigung am:

T	T	M	M	J	J	J	J

Beschäftigung wurde / wird beendet am:

T	T	M	M	J	J	J	J

**Arbeitsentgelt**

<input type="checkbox"/>	monatlich gleichbleibend ab: 13	Monatliches Arbeitsentgelt 14 (volle Eurobeträge z. B. „0120“)	Hiervon abweichendes Arbeitsentgelt 15 im ersten / letzten Monat der Beschäftigung																																								
	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>T</td><td>T</td><td>M</td><td>M</td><td>J</td><td>J</td><td>J</td><td>J</td></tr></table> bis auf Weiteres									T	T	M	M	J	J	J	J	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> Euro													<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> Euro												
T	T	M	M	J	J	J	J																																				
<input type="checkbox"/>	monatlich schwankend 16 voller Monat (z. B. 052018 für Mai 2018)	Monatliches Arbeitsentgelt 17 (volle Eurobeträge z. B. „0120“)																																									
	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>M</td><td>M</td><td>J</td><td>J</td><td>J</td><td>J</td></tr></table> in diesem Monat							M	M	J	J	J	J	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> Euro																													
M	M	J	J	J	J																																						

**SEPA-Basislastschriftmandat 18**

- gemäß § 28a Abs. 7 Sozialgesetzbuch Viertes Buch (SGB IV) zwingend erforderlich -

**Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See • 45115 Essen** Gläubiger-Identifikationsnummer: **DE 81KBS0000034886**

Ich ermächtige die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See (KBS), Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der KBS auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

**Hinweis:** Die Mandatsreferenz teilen wir Ihnen separat (in der Regel auf dem Abgabebescheid) mit.

Vorname und Name des Kontoinhabers		Straße und Hausnummer	
Postleitzahl	Wohnort	Kreditinstitut	
D E			
IBAN (International Bank Account Number)			
Ort, Datum		Unterschrift	

**Das SEPA-Basislastschriftmandat ist nur mit Datum und Unterschrift gültig.**

Für den Arbeitgeber

## Arbeitgeber

Name		Vorname 3	Vorsatzwort, Namenszusatz, Titel 3	
Straße und Hausnummer		Betriebsnummer als Privathaushalt 4		Pauschsteuer 5
				Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Postleitzahl	Wohnort		Steuernummer 6	
E-Mail-Adresse 7		Telefonnummer 7		

## Beschäftigte/-r

Name		Vorname 3	Vorsatzwort, Namenszusatz, Titel 3	
Straße und Hausnummer		Geburtsname		
Land	Postleitzahl	Wohnort	Geburtsdatum	Männlich <input type="checkbox"/> Weiblich <input type="checkbox"/>
				T T M M J J J J
Rentenversicherungsnummer der/des Beschäftigten 8		Geburtsort		
E-Mail-Adresse 7		Telefonnummer 7		
Welche der folgenden Aussagen trifft auf Ihre Haushaltshilfe zu? Meine Haushaltshilfe...				
<input type="checkbox"/>	übt eine weitere Beschäftigung mit mehr als 450 Euro monatlich aus 9	<input type="checkbox"/>	ist nicht gesetzlich krankenversichert 10	<input type="checkbox"/>
			möchte selbst Pflichtbeiträge zur Rentenversicherung zahlen 11	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>

HHS 001

## Dauer der Beschäftigung

## Nur ausfüllen zur An- und / oder Abmeldung einer Haushaltshilfe 12

Beginn der Beschäftigung am:

T	T	M	M	J	J	J	J

Beschäftigung wurde / wird beendet am:

T	T	M	M	J	J	J	J

## Arbeitsentgelt

<input type="checkbox"/>	monatlich gleichbleibend ab: 13	Monatliches Arbeitsentgelt 14 (volle Eurobeträge z. B. „0120“)	Hiervon abweichendes Arbeitsentgelt 15 im ersten / letzten Monat der Beschäftigung																										
	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>T</td><td>T</td><td>M</td><td>M</td><td>J</td><td>J</td><td>J</td><td>J</td></tr></table> bis auf Weiteres									T	T	M	M	J	J	J	J	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>Euro</td></tr></table>					Euro	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>Euro</td></tr></table>					Euro
T	T	M	M	J	J	J	J																						
Euro																													
Euro																													
<input type="checkbox"/>	monatlich schwankend 16 voller Monat (z. B. 052018 für Mai 2018)	Monatliches Arbeitsentgelt 17 (volle Eurobeträge z. B. „0120“)																											
	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>M</td><td>M</td><td>J</td><td>J</td><td>J</td><td>J</td></tr></table> in diesem Monat							M	M	J	J	J	J	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>Euro</td></tr></table>					Euro										
M	M	J	J	J	J																								
Euro																													

## SEPA-Basislastschriftmandat 18

- gemäß § 28a Abs. 7 Sozialgesetzbuch Viertes Buch (SGB IV) zwingend erforderlich -

Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See • 45115 Essen Gläubiger-Identifikationsnummer: DE 81KBS0000034886

Ich ermächtige die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See (KBS), Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der KBS auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Hinweis: Die Mandatsreferenz teilen wir Ihnen separat (in der Regel auf dem Abgabenbescheid) mit.

Vorname und Name des Kontoinhabers		Straße und Hausnummer	
Postleitzahl		Wohnort	
		Kreditinstitut	
D E			
IBAN (International Bank Account Number)			
Ort, Datum		Unterschrift	

Das SEPA-Basislastschriftmandat ist nur mit Datum und Unterschrift gültig.

1.18 - VII.1 - 0 - 0009

Vordr. 19904 (08)

Anmeldung

2

Änderung / Abmeldung

Für die/den Beschäftigte/-n

**Arbeitgeber**

Name		Vorname 3	Vorsatzwort, Namenszusatz, Titel 3	
Straße und Hausnummer			Betriebsnummer als Privathaushalt 4	Pauschsteuer 5
			Ja	Nein
Postleitzahl	Wohnort		Steuernummer 6	
E-Mail-Adresse 7			Telefonnummer 7	

**Beschäftigte/-r**

Name		Vorname 3	Vorsatzwort, Namenszusatz, Titel 3	
Straße und Hausnummer			Geburtsname	
Land	Postleitzahl	Wohnort	Geburtsdatum	Männlich Weiblich
			T T M M J J J J	
Rentenversicherungsnummer der/des Beschäftigten 8			Geburtsort	
E-Mail-Adresse 7			Telefonnummer 7	

Welche der folgenden Aussagen trifft auf Ihre Haushaltshilfe zu? Meine Haushaltshilfe...

<input type="checkbox"/> übt eine weitere Beschäftigung mit mehr als 450 Euro monatlich aus 9	<input type="checkbox"/> ist nicht gesetzlich krankenversichert 10	<input type="checkbox"/> möchte selbst Pflichtbeiträge 11 zur Rentenversicherung zahlen	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
---	--	---	-----------------------------	-------------------------------

**Dauer der Beschäftigung****Nur ausfüllen zur An- und / oder Abmeldung einer Haushaltshilfe 12**

Beginn der Beschäftigung am:

T	T	M	M	J	J	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---

Beschäftigung wurde / wird beendet am:

T	T	M	M	J	J	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---

**Arbeitsentgelt**

<input type="checkbox"/> monatlich gleichbleibend ab: 13	Monatliches Arbeitsentgelt 14 (volle Eurobeträge z. B. „0120“)	Hiervon abweichendes Arbeitsentgelt 15 im ersten / letzten Monat der Beschäftigung
<input type="checkbox"/> monatlich schwankend 16 voller Monat (z. B. 052018 für Mai 2018)	Monatliches Arbeitsentgelt 17 (volle Eurobeträge z. B. „0120“)	
bis auf Weiteres	Euro	Euro
in diesem Monat	Euro	

HHS 001