

**geringfügige  
Beschäftigung**

**Arbeitnehmer-Erklärung - Arbeitszeitvereinbarung**  
(gültig ab 01.01.2025)

**Bitte vollständig ausgefüllt und auf Seite 2 unterschrieben zurück an Ihr Steuerbüro.**

Fax-Nr. 07522/97 03 - 62

beim Arbeitgeber: \_\_\_\_\_

ab (Datum d. Arbeitsbeginns): \_\_\_\_\_ Tätigkeit: \_\_\_\_\_  
(z.B. Bürohilfe, Schlosser, Reinigungskraft, etc.)

Std.-Lohn / Gehalt: \_\_\_\_\_ erlernter Beruf: \_\_\_\_\_

Vereinbarte Arbeitszeit: \_\_\_\_\_ **Std.**

wöchentlich    oder     monatlich    bitte ankreuzen

**Arbeitszeit, Arbeit auf Abruf:**

Der Arbeitnehmer erbringt seine Arbeitsleistung entsprechend dem Arbeitsanfall. Die Erbringung der Arbeitsleistung erfolgt auf Abruf des Arbeitgebers. Der Arbeitgeber entscheidet darüber, wann und in welchem Umfang der Arbeitsanfall den Einsatz des Arbeitnehmers erforderlich macht.

Die Mindestarbeitszeit beträgt wöchentlich \_\_\_\_\_ Stunden. Der Arbeitgeber behält sich vor, **entweder** 20 Prozent weniger **oder** 25 Prozent mehr abzurufen. Die Arbeitsleistung erfolgt an \_\_\_\_\_ Tagen in der Woche / Monat. Ruft der Arbeitgeber die Arbeitsleistung ab, beträgt die Einsatzdauer jeweils mindestens \_\_\_\_\_ aufeinanderfolgende Stunden. Der Arbeitgeber teilt dem Arbeitnehmer seinen Arbeitseinsatz, d. h. dessen Beginn und voraussichtliche Dauer, jeweils mindestens vier Tage im Voraus mit.

**Allgemeine Angaben zum Arbeitnehmer:**

männlich     weiblich     divers

**Füllen Sie bitte alle Felder aus:**

Name: \_\_\_\_\_ Geb.-Datum: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_ **Rentenvers.-Nr.** \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_ Geb.-Name: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_ Geb.-Ort: \_\_\_\_\_

Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_ Bank: \_\_\_\_\_

Tel. / Handy-Nr.: \_\_\_\_\_ IBAN: \_\_\_\_\_

Barauszahlung    oder     Überweisung    BIC: \_\_\_\_\_

**Lohnsteuer:** Die Lohnsteuer aus diesem Beschäftigungsverhältnis wird (zutreffendes bitte ankreuzen):

nach Steuerabzugsmerkmalen (ELSTAM-Verfahren) abgerechnet    oder     vom Arbeitgeber **pauschaliert**.

**Steuer Identifikations-Nr.:** \_\_\_\_\_

*Angabe der Steuer-ID-Nr. ist zwingend erforderlich!*

**Krankenversicherung:** \_\_\_\_\_

(Bitte Name und Ort der Krankenkasse des Arbeitnehmers angeben!)

Wenn Sie **privat** krankenversichert sind, legen Sie uns bitte eine **Bescheinigung Ihrer Versicherung** vor!

**Weitere Angaben zur Arbeitssituation:** - Zutreffendes bitte ankreuzen/eintragen!

Ich habe neben dieser Beschäftigung eine Hauptbeschäftigung:  ja bei \_\_\_\_\_  nein

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> ich bin selbständig               | <input type="checkbox"/> ich bin Beamter/Pensionär    | <input type="checkbox"/> ich bin arbeitslos gemeldet |
| <input type="checkbox"/> ich bin Hausfrau/-mann            | <input type="checkbox"/> ich bin Sozialhilfeempfänger | <input type="checkbox"/> ich bin Rentner             |
| <input type="checkbox"/> ich bin Schüler(in) / Student(in) |   |  |

**Bitte Seite 2 beachten!**

**Haben Sie in diesem Monat bereits einen anderen Minijob ausgeübt?** ja:  nein:

wenn ja - geben Sie bitte den Zeitraum und das Entgelt an: von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ € \_\_\_\_\_

**Haben Sie darüber hinaus weitere Nebenbeschäftigungen?** ja:  nein:

1. Haben Sie bei dem anderen Arbeitgeber eine Verzichtserklärung zur RV-Pflicht abgegeben? ja:  nein:

2. Wie hoch ist der Verdienst aus dem anderen Nebenjob? Monatlicher Festlohn: \_\_\_\_\_

**Wenn der Verdienst aus dem anderen Nebenjob schwankt, bitte jeden Monat Betrag mitteilen!**

**(Wichtiger Hinweis:** Übt ein Arbeitnehmer neben einer Hauptbeschäftigung mehrere geringfügige Beschäftigungen aus, so ist nur die erste Nebenbeschäftigung sozialversicherungsfrei! Für jede weitere Nebenbeschäftigung müssen Steuern (ggf. Steuerklasse 6) und Sozialversicherungsbeiträge gezahlt werden.)

**Erklärung des Arbeitnehmers:**

Ich wurde über mein Wahlrecht über Versicherungspflicht / Befreiung von der Versicherungspflicht aufgeklärt und treffe für mein geringfügiges Beschäftigungsverhältnis folgende Entscheidung: **(unbedingt ankreuzen)**

**Ich beantrage die Befreiung von der Rentenversicherungspflicht:** ja:  nein:

**Wenn ja, bitte unbedingt zusätzlich die Verzichtserklärung ausfüllen und mit Datum und Unterschrift versehen!**

Ich versichere, dass ich die vorstehenden Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht habe. **Ich verpflichte mich, alle Veränderungen zu den gemachten Angaben unverzüglich dem Arbeitgeber anzuzeigen.** Bei unterbliebenen Angaben, die eine andere Beurteilung meiner Sozialversicherungs- / Steuerpflicht nach sich ziehen, kann mich mein Arbeitgeber im Rahmen der gesetzlichen Möglichkeiten regresspflichtig machen.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Arbeitgeber

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Arbeitnehmer/in | zzgl. bei Minderjährigen der gesetzl. Vertreter