

Niedersächsisches Landesamt  
für Bezüge und Versorgung  
Dez. 22  
Postfach 35 25  
26586 Aurich

### Erklärung zur Prüfung der Sozialversicherungspflicht

Zutreffendes bitte ankreuzen!

Name, Vorname		Aktenzeichen
Anschrift		
Telefonnummer (tagsüber)	dienstlich:	privat:
Die Sozialversicherungsnummer <input type="checkbox"/> ist der Bezügestelle bereits bekannt. <input type="checkbox"/> lautet: _____ (Kopie des Sozialversicherungsausweises habe ich beigelegt.)		

Gegenüber meinen letzten Angaben haben sich **keine Änderungen** ergeben haben; insbesondere dass ich zwischenzeitlich keine (weitere) Beschäftigung aufgenommen habe.

**Folgende Änderungen** haben sich seit der letzten Klärung der Sozialversicherungspflicht auf Grund des Arbeitsvertrages vom \_\_\_\_\_ ergeben:

---

---

---

---

Ich verpflichte mich, alle Änderungen, die diese Erklärung betreffen, unverzüglich mitzuteilen (insbesondere auch die Aufnahme oder die Beendigung von etwaigen weiteren Beschäftigungen - einschließlich geringfügiger Beschäftigungen).

Ort, Datum	Unterschrift des Arbeitnehmers
------------	--------------------------------