

NLBV

Dezernat 22.2

30149 Hannover

Hinweis zur Verwendung dieses Vordrucks:

Die nachstehende Erklärung ist abzugeben, sofern ein Folgevertrag zum bisherigen Vertrag mit dem Land Niedersachsen geschlossen wird oder sich an eine Unterbrechung von maximal 6 Monaten seit dem letzten Vertrag anschließt. Ansonsten ist der Vordruck 8031 zu verwenden.

Ohne diese Angaben kann die Vergütung nicht festgesetzt werden.

Erklärung zur Prüfung der Sozialversicherungspflicht

Name, Vorname: _____ Personalnummer: _____

Geburtsdatum: _____ Telefonnummer (tagsüber): _____

Die Sozialversicherungsnummer ist der Bezügestelle bereits bekannt. lautet _____.(Kopie des Sozialversicherungsausweises ist beigelegt.)

Krankenversichert bei folgender Krankenkasse:

Hiermit erkläre ich, dass sich

 gegenüber meinen letzten Angaben keine Änderungen ergeben haben; insbesondere dass ich zwischenzeitlich keine (weitere) Beschäftigung aufgenommen habe. folgende Veränderungen seit der letzten Klärung der Sozialversicherungspflicht auf Grund des Arbeitsvertrages vom _____ ergeben haben:

(Ort, Datum, Unterschrift)