

# Fragebogen

zur Prüfung der Kranken- und Pflegeversicherungspflicht  
bei selbständig Tätigen ab

Landesamt für Finanzen  
56062 Koblenz

LfF-Personalnummer	
--------------------	--

Bitte Personalnummer achtstellig angeben.

Name/Vorname		Geburtsdatum
Adresse	Telefon privat	dienstlich
	E-Mail (privat)	
	E-Mail (dienstlich)	

1. Üben Sie eine selbständige Tätigkeit aus? Ja  nein   
Wenn ja, seit wann ? : .....
2. Beschäftigen Sie Arbeitnehmer? Ja  nein   
Wenn ja, seit wann ? : .....  
Wie viele? Aushilfen: ..... Festangestellte: .....
3. Wie viele Stunden arbeiten Sie wöchentlich in Ihrer selbständigen Tätigkeit? .....
4. Wie hoch sind Ihre monatlichen Einkünfte aus Ihrer selbständigen Tätigkeit? .....  
(bitte Kopie vom Steuerbescheid beifügen, soweit er Ihnen bereits vorliegt)  
im Jahr 20 : .....  
im Jahr 20 : .....
5. Wurde bereits durch eine Krankenkasse / einen Rentenversicherungsträger oder die Künst-  
lersozialkasse für einen anderen Arbeitgeber festgestellt, dass Sie nicht in einem abhängi-  
gen Beschäftigungsverhältnis zu diesem Arbeitgeber stehen? Ja  nein   
Bitte ggf. Bescheid beifügen

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit der Angaben:

.....  
Datum, Unterschrift