ÄBD ÄRZTLICHER BEREITSCHAFTS-DIENST KVBW

Alles Gute.
KVBW
Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg

Personalfragebogen Kooperationsärzte

Personalnummer (wird von der KVBW ausgefüllt) _____ Tätigkeitsbeginn (wird von der KVBW ausgefüllt) _____

1. Persönliche Angaben

Titel (Academic Title) _____ Name (Last Name) _____ Vorname (First Name) _____ Geburtsname (Birthname) _____

Straße/Hausnummer _____ PLZ/Ort _____

Telefon (freiwillig) _____ E-Mail (Pflichtangabe, siehe Erläuterung Anlage 1 Ziffer 2) _____

Geschlecht: ☐ weiblich ☐ männlich ☐ divers

Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____ Staatsangehörigkeit: _____

Familienstand: ☐ ledig ☐ verheiratet ☐ geschieden ☐ verwitwet seit: _____

2. Angaben zum Beschäftigungsstatus

☐ Ich bin bereits Rentner/-in und beziehe eine Altersrente.
Bitte den Rentenbescheid der DRV bzw. des ärztlichen Versorgungswerkes vorlegen.

☐ Ich bin selbstständig / freiberuflich tätig.

☐ Ich bin angestellt, und es besteht/bestehen derzeit ein oder mehrere Beschäftigungsverhältnis(se) bei (einem) anderen Arbeitgeber/bei anderen Arbeitgeber(n).

Beschäftigungs-beginn	Arbeitgeber mit Adressen/Ansprechpartner	Die weitere Beschäftigung ist
		☐ nicht geringfügig entlohnt ☐ geringfügig entlohnt
		☐ nicht geringfügig entlohnt ☐ geringfügig entlohnt

Weitere Beschäftigungsverhältnisse bitte auf einem Extrablatt beifügen.

3. Sozialversicherungsnummer

Sozialversicherungsnummer, 12-stellig

4. Angaben zur Krankenversicherung

☐ Ich bin in der privaten Krankenversicherung versichert.

☐ und beihilfeberechtigt

☐ Ich bin in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert.

☐ pflichtversichert ☐ freiwillig versichert

☐ Selbstzahler (ich überweise meine Krankenkassenbeiträge direkt an die gesetzliche Krankenkasse)

_____

Name der Krankenkasse

Bitte reichen Sie die Beitragsbescheinigung zur Erlangung des Arbeitgeberzuschusses ein. Falls Sie weitere Beschäftigungsverhältnisse haben, bitte um Vorlage der aktuellen Verdienstabrechnung/en.

Bitte um Vorlage der Nachweise (Geburtsurkunde Kind/er) für die Beitragsberechnung in der Pflegeversicherung.

☐ leibliche Eltern ☐ Adoptiveltern ☐ Stiefeltern ☐ Pflegeeltern

☐ keine Kinder ☐ verstorbene Kinder ☐ Kinder, Anzahl _____

Name (Last Name)	Vorname (First Name)	Geburtsdatum
Name (Last Name)	Vorname (First Name)	Geburtsdatum
Name (Last Name)	Vorname (First Name)	Geburtsdatum

Weitere Kinder bitte separat auf Extrablatt benennen!

5. Angaben zur Rentenversicherung

☐ Ich bin in der gesetzlichen Rentenversicherung (DRV) versichert.

☐ Ich bin in einer berufsständischen Versorgungsanstalt versichert.

Sofern Sie als Kooperationsarzt/-ärztin bei der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg eine Befreiung in der gesetzlichen Rentenversicherung wünschen, ist es zwingend erforderlich, dass Sie für diese Tätigkeit einen Antrag auf Befreiung bei der DRV stellen. Den Antrag finden Sie auf der Homepage der zuständigen Versorgungsanstalt.

Bis zur Vorlage des Bescheides über die Befreiung werden wir die Beiträge an die DRV abführen müssen. Bitte reichen Sie uns den Bescheid der DRV über die Befreiung im Original ein. Ihre Mitgliedsnummer für das elektronische Arbeitgebermeldeverfahren (MNrBV-AGV) wird uns von Ihrem berufsständischen Versorgungswerk nach erfolgreicher Befreiung mitgeteilt.

6. Angaben zu den elektronischen Lohnsteuerabzugsmerkmalen (ELStAM)

Die Dienste im Ärztlichen Bereitschaftsdienst bei der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg sind steuerlich zu bewerten als:

☐ Haupttätigkeit mit:

☐ Steuerklasse I ☐ Steuerklasse II ☐ Steuerklasse III

☐ Steuerklasse IV ☐ Steuerklasse V

☐ Nebentätigkeit (Steuerklasse VI)

Zahl der Kinderfreibeträge	Finanzamt	Konfession

Steueridentifikationsnummer, 11-stellig (nicht Steuernummer!):

7. Bankverbindung (SEPA)

Die Überweisung soll auf folgendes Konto erfolgen:

IBAN, 22-stellig

BIC, 8 bis 11-stellig

Name und Ort der Bank

8. Lohnpfändungen

☐ nein ☐ ja, es liegen Lohnpfändungen vor. Bitte entsprechende Unterlagen beifügen.

Ich versichere, dass ich alle Angaben nach bestem Wissen und Gewissen wahrheitsgetreu und vollständig gemacht habe. Ich erkläre, dass ich mich bei Verletzung meiner Aufklärungs- und Mitwirkungspflichten ggf. schadenersatzpflichtig mache. Änderungen der persönlichen Verhältnisse werde ich unverzüglich schriftlich an die Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg, Keßlerstr. 1, 76185 Karlsruhe mitteilen.

Ich bin damit einverstanden, dass meine persönlichen Daten im Zusammenhang mit der Kooperationsvereinbarung gespeichert werden.

Ort, Datum

Unterschrift

Sollten Ihnen einzelne Unterlagen noch nicht vorliegen, so bitten wir Sie, uns diese umgehend nachzureichen. Eine Abrechnung ist erst nach Vorlage aller erforderlichen Unterlagen möglich!

Anlage 1 zum Personalfragebogen Kooperationsärzte

Erläuterungen zum Personalfragebogen für Kooperationsärzte

1. Die Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW) ist dazu verpflichtet, jede/n Kooperationsärztin / Kooperationsarzt (Kooperationspartner) zu melden und die Beiträge zur Sozialversicherung abzuführen. Daraus ergibt sich für die KVBW die Pflicht, das Sozialversicherungsverhältnis zu beurteilen. Der Kooperationspartner muss der KVBW dafür die zur Durchführung des Meldeverfahrens und der Beitragszahlung erforderlichen Angaben machen (§ 28o SGB IV). Nimmt die KVBW eine falsche sozialversicherungsrechtliche Beurteilung vor, drohen unter Umständen Nachforderungen von Sozialversicherungsbeiträgen.

   Um solche Nachforderungen zu vermeiden, muss die KVBW den Sachverhalt so aufklären, dass eine korrekte Einordnung des Kooperationspartners vorgenommen werden kann. Dazu dient der Personalfragebogen. Er ist ein Leitfaden zur Abfrage von Angaben, die die Feststellung von Versicherungspflicht bzw. Versicherungsfreiheit des Kooperationspartners in der Sozialversicherung erleichtern. Dabei kann im Einzelfall die Angabe weiterer Kriterien erforderlich sein. Der Personalfragebogen erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit.

   Damit die Angaben als Dokumentation im Sinne der Beitragsüberwachungsverordnung (BÜVO) gelten, müssen die Angaben des Kooperationspartners durch entsprechende Nachweise belegt werden.

2. **Wir bitten zu beachten**: Im Rahmen unserer Personalabrechnungssoftware haben wir ein Modul zur Versendung und Zustellung persönlicher Dokumente **per E-Mail**. Sie erhalten daher Ihre Vergütungsabrechnung an Ihre E-Mail-Adresse, die Sie im Personalfragebogen angegeben haben. Die PDF-Dateien sind verschlüsselt und per Passwort geschützt. Sollte das PDF in falsche Hände geraten, so kann es weder geöffnet, konvertiert, noch bearbeitet werden. Nach Mitteilung Ihrer E-Mail-Adresse erhalten Sie einen Brief mit Ihrem persönlichen Passwort. Sollten Sie das Passwort einmal vergessen haben, fordern Sie es gerne über die Personalabrechnung erneut an. Es wird Ihnen dann umgehend nochmals zugesandt.