

# ERKLÄRUNG VON TEILZEIT- UND AUSHILFSBESCHÄFTIGTEN

Bitte sorgfältig ausfüllen und umgehend zurücksenden!

111  
102  
1004

Leibniz  
Universität  
Hannover

Diese Erklärung dient zur Erleichterung der Feststellung von Versicherungspflicht bzw. Versicherungsfreiheit.

Name, Vorname, ggf. Geburtsname: \_\_\_\_\_

Geburtstag: \_\_\_\_\_ Geburtsort: \_\_\_\_\_

Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_

Anschrift (Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort):  
\_\_\_\_\_

Rentenversicherungsnummer: \_\_\_\_\_

☐ ich studiere nicht

ich bin immatrikuliert

☐ als ordentlicher Student

☐ als Student eines Zweit- oder Aufbaustudienganges

☐ als Promotionsstudent.

**Die Immatrikulationsbescheinigung ist dieser Erklärung als Anlage beigelegt.**

Die Kopie des Sozialversicherungsausweises: ☐ liegt bei ☐ wird nachgereicht

Bestehen weitere gleichzeitige Beschäftigungen bei einem anderen Arbeitgeber:

☐ nein

☐ ja (bitte Angaben zur weiteren Beschäftigung und Gehaltsachweise beifügen)

bei Firma \_\_\_\_\_

seit \_\_\_\_\_ wöchentlich Az. \_\_\_\_\_ Stunden, Monatsverdienst \_\_\_\_\_ Euro.

Ich erkläre, vorstehende Fragen über meine Person und die Beschäftigungen wahrheitsgemäß beantwortet zu haben. Ich verpflichte mich, alle Veränderungen, die die Beantwortung vorstehender Fragen betreffen, meinem Arbeitgeber unverzüglich mitzuteilen.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift