



STAMMBLATT

bei allen neuen Anliegen, bei Aktualisierungen und Änderungen erforderlich

zuständiges Beiratsmitglied

Name

Vorname

Geburtsdatum

Geburtsort

Staatsangehörigkeit

Straße

Postleitzahl/ Wohnort

Zusatz

Telefon

Mobiltelefon

Fax

E-Mail

Familienstand

ledig	verheiratet	geschieden	verwitwet	getr. lebend	getr. wohnend
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(Bitte Zutreffendes ankreuzen)

Anzahl der

Kinder	Kind 1 geboren	Kind 2 geboren	Kind 3 geboren	Kind 4 geboren
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

(Bitte bei Erstantrag Geburtsurkunde eines Kindes beifügen)

Nebentätigkeit/Mehrfach-
beschäftigung

Ja	Nein
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(Wenn Ja, bitte auf extra Blatt ausführen)

Krankenkasse mit Ortsangabe

Betriebsnummer der Krankenkasse

selbst versichert	familien- versichert	frei- versichert	privat versichert	nicht versichert
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(Bitte Zutreffendes ankreuzen und eine Kopie der Mitgliedsbescheinigung der Krankenkasse beilegen)

Mitgliedsnummer Krankenkasse (steht
auf der Chipkarte)

Rentenversicherungs-Nr.

PNr:

Steuer-Identifikationsnummer _____
Steuerklasse _____
Kirchensteuermerkmal _____
Zahl der Kinderfreibeträge _____
Pauschalbetrag für behinderte Menschen/Hinterbliebene _____
zuständiges Finanzamt _____
Nummer des Finanzamtes für Lohnsteuerabzugsmerkmale _____

(Bitte eine Kopie der Bescheinigung vom Finanzamt über Lohnsteuerabzugsmerkmale beilegen)

Beziehen Sie Rente? Wenn Ja, welcher Art (Altersr., Witwenr., Ost/ West, usw.)?

Ja	Nein
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(Bitte Zutreffendes ankreuzen und ggf. Kopie des Rentenbescheides beilegen)

Beziehen Sie neben der Rente noch weitere Versorgungsbezüge/ Einkünfte? Wenn Ja, welcher Art?

Ja	Nein
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(Bitte Zutreffendes ankreuzen)

Kontoinhaber _____
IBAN _____
BIC _____
Bankinstitut _____
Berufsausbildung/Studium _____
Beruf/e _____

Sozialversicherungspflichtige Tätigkeiten in anthroposophischen Einrichtungen

Name der Einrichtung	von (Monat/Jahr)	bis (Monat/Jahr)	als

Falls der Platz nicht ausreicht, bitte ein weiteres Blatt benutzen!

_____ _____
Ort, Datum **Unterschrift**

persönlicher Besuch oder Telefongespräch, letztes Treffen von Beirat und Hilfeempfänger am _____
(Bitte Zutreffendes ankreuzen)

Sollten sich Änderungen in den hier erhobenen Daten ergeben, teilen Sie dies bitte sofort der Geschäftsstelle und dem für Sie zuständigen Beiratsmitglied mit!