

Erhebungsbogen für den Neuzugang

Hinweis: Die in diesem Erhebungsbogen geforderten personenbezogenen Daten werden aufgrund der Rechtsvorschrift des § 11 der Satzung des Versorgungswerkes der Architektenkammer Berlin und des § 18 iVm § 15 des Berliner Architekten- und Baukammergesetzes vom 19.07.1994 erhoben. Die Erhebung ist zur rechtmäßigen Erfüllung der uns durch Gesetz zugewiesenen Aufgaben erforderlich. Ihre Daten werden in der in der Datenbeschreibung (§ 19 Abs. 2 Bln DSG) festgelegten Form in einer automatisierten Datei gespeichert (§ 16 Abs. 2 Bln DSG).

Angaben zur Person

Name:	_____	Geburtsname:	_____	
Vorname:	_____	Geburtsdatum:	_ _ _ _ _ _ _	
Staatsangehörigkeit:	_____	Titel:	_____	
Anschrift:	_____	Berufsbezeichnung:	_____	
Telefon (Privat):	_____	Tag der Eintragung in die Architektenliste:	_ _ _ _ _ _ _	
Telefon (Büro):	_____	Sitz des Büros:	<input type="checkbox"/> im Westteil der Stadt <input type="checkbox"/> im Ostteil der Stadt und Brandenburg	
Familienstand:	<input type="checkbox"/> ledig	<input type="checkbox"/> geschieden	<input type="checkbox"/> verheiratet	<input type="checkbox"/> verwitwet
ggf. Name und Geburtsdatum des Ehegatten:	_____			
ggf. Name und Geburtsdatum des Lebenspartners*:	_____			
ggf. Name und Geburtsdatum der Kinder unter 27 Jahren:	_____			

Angaben zur Berufstätigkeit

Sind Sie zur Zeit als Architekt(in) / Stadtplaner(in) tätig ?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, als:	<input type="checkbox"/> Angestellte(r)	<input type="checkbox"/> Freischaffende(r)
berufsunfähig im Sinne der Satzung des Versorgungswerkes ?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Angaben zur Teilnahme

Beantragen Sie die Befreiung von der Teilnahme im Versorgungswerk ?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, warum:	<input type="checkbox"/> Mitgliedschaft in einem anderen Versorgungswerk *	
	Name des Versorgungswerkes: _____	
	<input type="checkbox"/> Beamtenstatus *	
	<input type="checkbox"/> bereits Befreiung von der Mitgliedschaft in einem anderen Versorgungswerk erwirkt *	
	(Vgl. Merkblatt unter Ziffer IV. 1)	

Für Freischaffende

Ich beantrage	die Teilnahme in Höhe des Regelbeitrages.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	die Teilnahme in Höhe von 14% meines reinen Jahresberufseinkommens des vorletzten Jahres.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	die Teilnahme in Höhe von 7% meines reinen Jahresberufseinkommens des vorletzten Jahres, weil ich Berufsanfänger(in) bin.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	die Teilnahme in Höhe von mindestens 2/10 des Regelbeitrages, da ich weiterhin pflichtversicherte(r) Selbständige(r) in der gesetzlichen Rentenversicherung bin.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	die vorläufige Beitragsfreistellung, weil ich in 2017 voraussichtlich weniger als 11.400,-- Euro (im Ostteil und Brandenburg) bzw. 12.700,00 Euro (im Westteil) als Einkommen erzielen werde.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Für Angestellte

Ich beantrage	die Teilnahme in Höhe des für mich maßgebenden Rentenversicherungsbeitrages.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	die Teilnahme in Höhe von mindestens 2/10 des Regelbeitrages, da ich aufgrund meiner Angestelltentätigkeit Pflichtmitglied in der gesetzlichen Rentenversicherung bleibe.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wenn Sie zur Zeit nicht tätig sind, beziehen Sie Leistungen von der Agentur für Arbeit ?		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Mein Jahreseinkommen/Gehalt wird ca. _____ Euro betragen.

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass die vorstehenden Angaben richtig und vollständig sind. Weiter erkläre ich ausdrücklich, das Merkblatt gelesen und zur Kenntnis genommen zu haben, dass ich nicht wirksam Teilnehmer des Versorgungswerkes werden kann, wenn ich berufsunfähig bin.

Ort, Datum

Unterschrift