

# Änderungsmeldung für Aushilfen

(Meldefrist 3 Tage; evtl. auch per Fax an: 09421/10498)



-Firmenstempel -

## Persönliche Daten

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
PLZ/Wohnort

\_\_\_\_\_  
Straße

**Abmeldung**

Austrittsdatum: \_\_\_\_\_

Grund: \_\_\_\_\_

**Anschriftenänderungen ab**

\_\_\_\_\_  
Datum

Neue Anschrift: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Änderung der Krankenkasse ab**

\_\_\_\_\_  
Datum

Neue Krankenkasse: \_\_\_\_\_

**Änderung der persönlichen Verhältnisse:**

Ende bzw. Beginn von Arbeitslosigkeit ab \_\_\_\_\_  
(*zutreffendes bitte unterstreichen*)

Aufnahme einer sozialversicherungspflichtigen Tätigkeit ab \_\_\_\_\_

Ende Elternzeit ab \_\_\_\_\_

Sonstiges: ab \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

--- LK Schrödinger Leeb-Wittmann, Steuerberater ---  
Überlassung an Dritte und Nachdruck nicht gestattet

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

02/2019

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Arbeitgeber