bis 31. Januar 2017 zurücksenden

Apothekerkammer Berlin
Littenstraße 10
10179 Berlin

Antrag auf Beitragserlass 2016

Der Antrag auf Beitragserlass ist bis 31. Januar 2017 unter Beifügung der notwendigen Nachweise zu stellen (Ausschlussfrist). Ein sich daraus ergebendes Guthaben wird mit dem nächsten Beitragsbescheid verrechnet.

Hiermit beantrage ich für das Beitragsjahr 2016 folgende Beitragsermäßigung/en:

	Erlassgrund zutreffende/n ankreuzen	**Unterlagen** Angekreuzte Unterlagen liegen dem Antrag in Kopie bei.
☐	Kammermitglieder, die dem gesetzlichen Mutterschutz unterliegen sowie für die Dauer der Elternzeit, wenn der Beruf nicht ausgeübt wird. von I__I__I I__I__I 2016 bis I__I__I I__I__I 2016 Bitte beachten: Aufgrund der Hinzuverdienstmöglichkeit während der Elternzeit und des Anspruches auf Teilzeitbeschäftigung wird der Erlasstatbestand während der Elternzeit nur gewährt, wenn der Beruf nicht ausgeübt wird. D. h., in der Elternzeit Berufstätige werden wie Mitarbeiter veranlagt. Gegebenenfalls greift ein Erlasstatbestand wegen geringen Einkommens.	☐ Bescheinigung über Beginn der Mutterschutzfrist ☐ Vereinbarung mit Arbeitgeber über Elternzeit ☐ Hinzuverdienst ja/nein
☐	Kammermitglieder, die Arbeitslosengeld II **(gem. Hartz IV)** beziehen. von I__I__I I__I__I 2016 bis I__I__I I__I__I 2016	☐ Bewilligungsbescheid Arbeitsamt/Sozialamt ☐ Aufhebungsbescheid Arbeitsamt/Sozialamt
☐	Kammermitglieder, die als Angestellte, Beamte/Beamtinnen oder Soldaten/Soldatinnen ein Jahresbruttoeinkommen von weniger als 10.200,00 EUR erzielt haben, auf die Hälfte des Beitrages der Beitragsgruppe.	☐ Gehaltsabrechnung Dezember bzw. letzte Gehaltsabrechnung
☐	Kammermitglieder, die als Angestellte, Beamte/Beamtinnen oder Soldaten/Soldatinnen ein Jahresbruttoeinkommen von weniger als 30.000,00 EUR erzielt haben, auf 75 % des Beitrages der Beitragsgruppe.	☐ Gehaltsabrechnung Dezember bzw. letzte Gehaltsabrechnung
☐	Rentner/Rentnerinnen gemäß § 3 Abs. 3 Nr. 5 Beitragsordnung, die eine monatliche Bruttorente unter 1.400,00 EUR beziehen.	☐ Rentenbescheid Deutsche RV ☐ Rentenbescheid VBL ☐ Rentenbescheid Versorgungswerk Ich versichere, alle Einkünfte aus Alters- oder vorgezogener Vollrente wegen Alters, Erwerbs- und Berufsunfähigkeitsrente angegeben zu haben.

Vorname, Nachname _____ Mitglieds-Nr.: _____

Straße, Nr. _____

PLZ, Ort _____ Tel.: _____

Datum _____ **Unterschrift** _____