

bis 31. Januar 2020
zurücksenden

Apothekerkammer Berlin
Littenstraße 10
10179 Berlin

Antrag auf Beitragserlass 2019

Der Antrag auf Beitragserlass ist bis 31. Januar 2020 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 2019 folgende Beitragsermäßigung/en:

| Erlassgrund zutreffende/n ankreuzen | Unterlagen Angekreuzte Unterlagen liegen dem Antrag in Kopie bei. |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Kammermitglieder, die dem gesetzlichen Mutterschutz unterliegen sowie für die Dauer der Elternzeit, wenn der Beruf nicht ausgeübt wird. von _ _ _ _ 2019 bis _ _ _ _ 2019 Bitte beachten: Aufgrund der Hinzuverdienstmöglichkeit während der Elternzeit und des Anspruches auf Teilzeitbeschäftigung wird der Erlassstatbestand während der Elternzeit nur gewährt, wenn der Beruf nicht ausgeübt wird. D. h., in der Elternzeit Berufstätige werden wie Mitarbeiter veranlagt. Gegebenenfalls greift ein Erlassstatbestand wegen geringen Einkommens. | <input type="checkbox"/> Bescheinigung über Beginn der Mutterschutzfrist <input type="checkbox"/> Vereinbarung mit Arbeitgeber über Elternzeit <input type="checkbox"/> Hinzuverdienst ja/nein |
| <input type="checkbox"/> Kammermitglieder, die Arbeitslosengeld II (gem. Hartz IV) beziehen. von _ _ _ _ 2019 bis _ _ _ _ 2019 | <input type="checkbox"/> Bewilligungsbescheid Arbeitsamt/Sozialamt <input type="checkbox"/> Aufhebungsbescheid Arbeitsamt/Sozialamt |
| <input type="checkbox"/> Kammermitglieder, die als Angestellte, Beamte/Beamtinnen oder Soldaten/Soldatinnen ein Jahresgesamtbrutto von weniger als 10.200,00 EUR erzielt haben, auf die Hälfte des Beitrages der Beitragsgruppe. | <input type="checkbox"/> Gehaltsabrechnung Dezember bzw. letzte Gehaltsabrechnung |
| <input type="checkbox"/> Kammermitglieder, die als Angestellte, Beamte/Beamtinnen oder Soldaten/Soldatinnen ein Jahresgesamtbrutto von weniger als 30.000,00 EUR erzielt haben, auf 75 % des Beitrages der Beitragsgruppe. | <input type="checkbox"/> Gehaltsabrechnung Dezember bzw. letzte Gehaltsabrechnung |
| <input type="checkbox"/> Rentner/Rentnerinnen gemäß § 3 Abs. 3 Nr. 5 Beitragsordnung, die eine monatliche Bruttorente unter 1.400,00 EUR beziehen. | <input type="checkbox"/> Rentenbescheid Deutsche RV <input type="checkbox"/> Rentenbescheid VBL <input type="checkbox"/> 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 _____