

Antrag auf Beitragserlass 2026

Rückantwort per E-Mail: Mitgliederservice@akberlin.de, per Fax: 030/315964-30 oder per Post an: Apothekerkammer Berlin, Littenstraße 10, 10179 Berlin

Vorname, Nachname _____ Mitglieds-Nr. _____

Straße, Nr. _____

PLZ, Ort _____

Datum _____ **Unterschrift** _____

Der Antrag auf Beitragserlass ist bis 31. Januar 2027 **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 2026 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 und Kammermitgliedern für die Dauer der Familienpflegezeit, wenn der Beruf nicht ausgeübt wird von _____ bis _____ 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 Mitarbeitende veranlagt. Gegebenenfalls greift ein Erlasstatbestand wegen geringen Einkommens.	<input type="checkbox"/> Bescheinigung über Beginn der Mutterschutzfrist <input type="checkbox"/> Vereinbarung mit Arbeitgeber über Elternzeit <input type="checkbox"/> Bescheinigung der Pflegekasse oder des Medizinischen Dienstes <input type="checkbox"/> Hinzuverdienst ja/nein
<input type="checkbox"/> Kammermitglieder, die Arbeitslosengeld II (Bürgergeld) beziehen oder Sozialhilfe beziehen von _____ bis _____	<input type="checkbox"/> Bewilligungsbescheid Jobcenter/ARGE/Sozialamt <input type="checkbox"/> Aufhebungsbescheid Jobcenter/ARGE/Sozialamt
<input type="checkbox"/> Kammermitglieder, die als Angestellte, Beamte/Beamtinnen oder Soldaten/Soldatinnen ein Jahresgesamtbrutto von weniger als 27.500,00 € erzielt haben	<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 40.000,00 € erzielt haben	<input type="checkbox"/> Gehaltsabrechnung Dezember bzw. letzte Gehaltsabrechnung
<input type="checkbox"/> Rentner/Rentnerinnen gemäß § 3 Abs. 3 Nr. 3 Beitragsordnung, die eine monatliche Bruttorente unter 1.600,00 € 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.
<input type="checkbox"/> Kammermitglieder, die einen Grad der Behinderung (GdB) von min. 50 haben	<input type="checkbox"/> Kopie Schwerbehindertenausweis mit dem GdB oder <input type="checkbox"/> Kopie Festsetzungsbescheid des Versorgungsamtes über den GdB
<input type="checkbox"/> Kammermitglieder, die min. Pflegegrad 4 haben	<input type="checkbox"/> Kopie Pflegegrad-Bescheid von der Pflegeversicherung über Pflegegrad 4 oder 5