Formularfelder löschen

Moldau

Bitte senden Sie den Fragebogen an:

die gesetzliche Krankenkasse, an die die Beiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung abgeführt werden,

andernfalls an:

Deutsche Rentenversicherung Bund
10704 Berlin

Entsendung nach Moldau

Fragebogen für die Ausstellung der Bescheinigung über die Anwendung der deutschen Rechtsvorschriften bei Beschäftigung in Moldau (Vordruck DE/MD 101) und Prüfung einer Entsendung im Sinne der Ausstrahlung (§ 4 SGB IV)

1. Angaben zur Person

Name: ..... Vorname: .....

Geburtsdatum: 00.00.0000 ..... Deutsche Rentenversicherungsnummer: .....

Adresse im Wohnstaat:

Straße und Hausnummer: .....

Postleitzahl und Ort: .....

2. Angaben zum Arbeitgeber in Deutschland

Firmenbezeichnung: .....

Straße und Hausnummer: .....

Postleitzahl und Ort: .....

Rechtsform des Unternehmens: ..... Betriebsnummer: .....

Es handelt sich um ein Unternehmen, das gewerbsmäßig Personal überlässt ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, die Erlaubnis nach dem Arbeitnehmerüberlassungsgesetz (AÜG) liegt vor ☐ ja ☐ nein

Bitte führen Sie den weiteren Schriftwechsel zu diesem Antrag mit:

☐ uns unter dem Aktenzeichen .....

☐ folgender anderen Stelle (Vollmacht liegt bei): .....

Fragen zu diesem Fragebogen beantwortet

Name: ..... Telefonnummer: ..... E-Mail: .....

Copyright: GKV-Spitzenverband, DVKA, Bonn

3. Angaben zur Beschäftigung in Deutschland

Die in Feld 1 genannte Person

- ist bei uns beschäftigt seit: 00.00.0000

- ist während der Entsendung (weiterhin) organisatorisch in unser Unternehmen eingegliedert und unterliegt unserem Direktionsrecht ☐ ja ☐ nein

- hat während der Entsendung (weiterhin) ausschließlich einen Entgeltanspruch gegenüber unserem Unternehmen ☐ ja ☐ nein

Zusätzliche Angaben, sofern die in Feld 1 genannte Person zum Zwecke der Entsendung eingestellt wurde:

Die in Feld 1 genannte Person war unmittelbar vor der Entsendung in Deutschland sozialversicherungspflichtig beschäftigt oder für sie haben die deutschen Rechtsvorschriften in der gesetzlichen Kranken-, Pflege-, Renten-, Unfall- oder Arbeitslosenversicherung auf Grund eines anderen Sachverhalts (z. B. Studium) gegolten ☐ ja ☐ nein

Die Beschäftigung soll im Anschluss an die Entsendung in unserem Unternehmen in Deutschland fortgesetzt werden ☐ ja ☐ nein

4. Angaben zur Entsendung

Die Entsendung ist im Voraus zeitlich befristet vom 00.00.0000 bis 00.00.0000

☐ auf Grund eines Vertrages (z. B. Entsendevertrag)

☐ auf Grund der nachfolgend kurz erläuterten Eigenart der Tätigkeit (z. B. Projektarbeit, Montagetätigkeit, ...)

.....

Arbeitsstätte im Ausland (Bezeichnung und Anschrift):

.....

.....

.....

Die in Feld 1 genannte Person hat in den letzten 5 Jahren im Ausland gearbeitet ☐ ja ☐ nein

Wenn ja:

vom:	bis:	Arbeitgeber	Beschäftigungsland und -ort

Die Entsendung erfolgt zu einem verbundenen Unternehmen (z. B. Tochtergesellschaft) ☐ ja ☐ nein

Wenn ja: Der wirtschaftliche Wert der Arbeit kommt (auch) dem verbundenen Unternehmen zu Gute, so dass das Entgelt ganz oder teilweise an das verbundene Unternehmen weiter zu belasten ist und insoweit von diesem als Betriebsausgabe steuermindernd geltend gemacht werden kann ☐ ja ☐ nein

Copyright: GKV-Spitzenverband, DVKA, Bonn

5. Zusätzliche Angaben aufgrund des deutsch-moldauischen Abkommens

Die Tätigkeit der in Feld 1 genannten Person in Moldau entspricht dem Tätigkeitsbereich unseres Unternehmens in Deutschland	☐ ja	☐ nein
Unser Unternehmen übt gemessen am Umsatz mindestens 25% seiner Geschäftstätigkeit in Deutschland aus	☐ ja	☐ nein
Unser Unternehmen beschäftigt in Deutschland auschließlich internes Verwaltungspersonal	☐ ja	☐ nein
Die zum Zwecke der Entsendung eingestellte Person hat zu diesem Zeitpunkt ihren gewöhnlichen Aufenthalt in Deutschland	☐ ja	☐ nein
Für die zum Zwecke der Entsendung eingestellte Person galten unmittelbar vor der Entsendung mindestens zwei Monate die deutschen Rechtsvorschriften über soziale Sicherheit	☐ ja	☐ nein

6. Erklärung des entsendenden Arbeitgebers

Wir erklären ausdrücklich, dass alle Angaben den tatsächlichen Verhältnissen entsprechen. Uns ist bekannt, dass sowohl in Deutschland als auch in Moldau von den zuständigen Stellen Kontrollen durchgeführt werden können und - auch irrtümlich - falsche Angaben zum Widerruf der Bescheinigung DE/MD 101 und versicherungsrechtliche Konsequenzen in Deutschland und Moldau zur Folge haben können. Dies gilt auch für zurückliegende Zeiträume.

Wir verpflichten uns, die Krankenkasse bzw. die Deutsche Rentenversicherung Bund umgehend zu informieren, wenn eine wesentliche Änderung (z. B. Beendigung oder Verlängerung der Entsendung) eintritt.

Uns ist bekannt, dass wir auch während der Entsendung die Melde- und Beitragspflichten zur Sozialversicherung zu erfüllen haben und – soweit die entsandte Person bei einer gesetzlichen Krankenkasse versichert ist - zur Kostenübernahme von Leistungen im Krankheitsfalle gemäß § 17 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) verpflichtet sind.

Stempel des Arbeitgebers bzw. des Bevollmächtigten

....

Ort und Datum Unterschrift

Copyright: GKV-Spitzenverband, DVKA, Bonn

Anlage

☐ **Vollmacht**

Rechtlicher Hinweis:
Das deutsch-moldauische Abkommen über Soziale Sicherheit vom 12.01.2017 regelt, dass unter bestimmten Voraussetzungen bei einer Entsendung nach Moldau ausschließlich die deutschen Rechtsvorschriften über die gesetzliche **Rentenversicherung und Unfallversicherung und zudem der deutschen Kranken-, Pflege- und Arbeitslosenversicherung** gelten.

Weitere Informationen hierzu finden Sie unter www.dvka.de im Merkblatt „Arbeiten in Moldau".

Hinweis über den Datenschutz:
Die Daten dieses Fragebogens sind zur Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben des zuständigen Sozialversicherungsträgers erforderlich. Sie werden erfasst und ausschließlich unter Beachtung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen verwendet.