



3



Bescheinigung der Krankenkasse

Diese Bescheinigung ist nur im Original gültig!

Name und Anschrift der Krankenkasse

An die
Agentur für Arbeit

Ihr Zeichen
Ihre Nachricht vom
Unser Zeichen, Betriebs-/Beitragskonto-Nr. (Bitte stets angeben)
Datum

Erlaubnis zur Arbeitnehmerüberlassung

Name und Anschrift des Antragstellers (Verleihers):

Der Antragsteller

- wurde bei uns bisher nicht als Arbeitgeber geführt.
- hat zur Zeit bei uns _____ (Anzahl) Arbeitnehmer gemeldet.
- ist zur Zeit mit der Zahlung der Gesamtsozialversicherungsbeiträge in Höhe von _____ EUR in Verzug.
- hat wegen rückständiger Gesamtsozialversicherungsbeiträge Säumniszuschläge nach § 24 Abs. 1 und 2 SGB IV in Höhe von _____ EUR zu zahlen.
- hat Gesamtsozialversicherungsbeiträge vorsätzlich hinterzogen.
- ist mit der Zahlung der Gesamtsozialversicherungsbeiträge innerhalb der letzten zwei Jahre wiederholt im Rückstand gewesen.

hat innerhalb der letzten zwei Jahre gegen sonstige Vorschriften und Bestimmungen des Beitragseinzugs, wie Melderecht und ordnungsmäßige Beitragsabrechnung, verstoßen (Einzelheiten zu den Verstößen bitte ggf. auf der Rückseite erläutern). Ja Nein

Weitere Hinweise:

Datum und Unterschrift

Siegel/Stempel der Krankenkasse