



Mitglieds-Nr. (wird vom VSW vergeben)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

An das  
Versorgungswerk der  
Psychotherapeutenkammer  
Nordrhein-Westfalen  
Postfach 10 52 41  
40043 Düsseldorf

Eingangsstempel / Barcode Versorgungswerk d. PTK NRW

**Erfassungsbogen zur Mitgliedschaft**

**I. Personenangaben:**

Name	110	Vorname	111														
Geburtsname, früher geführte Namen	112	<table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 15%;">Geburts- datum</td> <td style="width: 5%;">Tag</td> <td style="width: 5%;">Monat</td> <td style="width: 5%;">Jahr</td> <td style="width: 5%; text-align: center;">113</td> <td style="width: 45%;">Geschlecht</td> <td style="width: 5%; text-align: center;">114</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> männl. <input type="checkbox"/> weibl.</td> <td></td> </tr> </table>	Geburts- datum	Tag	Monat	Jahr	113	Geschlecht	114						<input type="checkbox"/> männl. <input type="checkbox"/> weibl.		
Geburts- datum	Tag	Monat	Jahr	113	Geschlecht	114											
					<input type="checkbox"/> männl. <input type="checkbox"/> weibl.												
Akademischer Grad	115	Geburtsort/Geburtsland und Staatsangehörigkeit	116														
Berufsbezeichnung	117	Sozialversicherungsnummer der Deutschen Rentenversicherung (DRV)	118														

**Privatanschrift (bitte immer angeben)**

Straße/ Hausnummer	120	c/o wenn nicht Hauptadressat	121		
<table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;">Postleitzahl</td> <td style="width: 50%;">Ort</td> </tr> </table>	Postleitzahl	Ort	122	Land, wenn Ausland	123
Postleitzahl	Ort				
Telefon (Vorwahl/Rufnummer)	126	Mobil	125		

**Berufliche Anschrift (wenn abweichend von oben)**

Straße/ Hausnummer	130	c/o wenn nicht Hauptadressat	131		
<table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;">Postleitzahl</td> <td style="width: 50%;">Ort</td> </tr> </table>	Postleitzahl	Ort	132	Land, wenn Ausland	133
Postleitzahl	Ort				
Telefon (Vorwahl/Rufnummer)	135	Mobil	136		

**Bitte unbedingt ausfüllen: Zustellanschrift für das Versorgungswerk**

Privatanschrift                       Berufliche Anschrift

**Steueridentifikationsnummer**

(für gesetzliches Rentenbezugsmitteilungsverfahren)  
Diese Nummer wurde Ihnen vom Finanzamt mitgeteilt  
("IdNr." nicht "Steuernummer").

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

## II. Berufsbezogene Angaben:

<b>200</b>	<p>Ich bin Mitglied der Psychotherapeutenkammer: <input type="checkbox"/> NRW <input type="checkbox"/> Baden-Württemberg <input type="checkbox"/> Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer (OPK) und habe meine <b>Approbation</b> am _____ erlangt.</p> <p><input type="checkbox"/> Ich werde nicht Mitglied des Versorgungswerks, da ich bereits zu Beginn der Kammermitgliedschaft das 63. Lebensjahr vollendet habe.</p> <p><input type="checkbox"/> Ich gehöre außerdem der Psychotherapeutenkammer _____ seit _____ an (Doppelmitgliedschaft).</p>
<b>210</b>	<p><input type="checkbox"/> Ich war bisher Pflichtmitglied der Psychotherapeutenkammer _____ und des Versorgungswerks in _____.</p> <p><input type="checkbox"/> Ich war Gründungsmitglied im Versorgungswerk _____ <input type="checkbox"/> Nachweis anbei <input type="checkbox"/> Nachweis wird nachgereicht</p> <p><input type="checkbox"/> und wurde als Gründungsmitglied von der Mitgliedschaft/Beitragspflicht befreit.</p> <p><input type="checkbox"/> und habe als Gründungsmitglied keinen Antrag auf Mitgliedschaft gestellt.</p> <p><input type="checkbox"/> und habe als Gründungsmitglied einen reduzierten Beitrag (Teilbefreiung) gezahlt.</p> <p><input type="checkbox"/> und möchte Mitglied im Versorgungswerk der PTK NRW werden. (weiter mit Feldern ab 410, 421 und 516)</p> <p><input type="checkbox"/> und möchte <b>kein</b> Mitglied im Versorgungswerk der PTK NRW werden. (weiter mit Feldern 410, 421)</p>
<b>220</b>	<p>Bestand zum Zeitpunkt der Approbation als Psychotherapeut/in bzw. bei hiesigem Beginn der Mitgliedschaft oder danach Berufsunfähigkeit (§ 12)?</p> <p><input type="checkbox"/> nein</p> <p><input type="checkbox"/> ja, und zwar <input type="checkbox"/> seit _____ oder <input type="checkbox"/> Nachweis anbei <input type="checkbox"/> Nachweis wird nachgereicht</p> <p><input type="checkbox"/> von _____ bis _____.</p> <p><input type="checkbox"/> mit Rentenbezug bei der gesetzlichen Rentenversicherung oder einem anderen Rentenversicherungsträger.</p>

## III. Statusangaben: Bitte **sämtliche** Optionen ankreuzen, die auf Sie ab der hiesigen Mitgliedschaft zutreffen!

<b>305</b>	<p><input type="checkbox"/> Ich bin seit/ab _____ <b>als Beamtin/Beamter</b> tätig und habe einen unverfallbaren Anspruch auf Ruhegehalt und Hinterbliebenenversorgung nach beamtenrechtlichen Grundsätzen (weiter mit Feldern 410, 420 und ggf. 516)</p> <p><input type="checkbox"/> und füge Nachweis bei (Kopie der aktuellen Gehaltsabrechnung und der Ernennungsurkunde) <input type="checkbox"/> und reiche Nachweis nach.</p> <p><input type="checkbox"/> gleichzeitig bin ich selbstständig tätig und erwirtschafte <b>nicht mehr</b> als geringfügige Einkünfte (2018=650,- EUR mtl. Gewinn)</p> <p><input type="checkbox"/> gleichzeitig bin ich selbstständig tätig und erwirtschafte <b>mehr</b> als geringfügige Einkünfte (weiter mit Feld 512)</p> <p><input type="checkbox"/> Gleichzeitig bin ich selbstständig tätig, jedoch nur bis zur Beendigung meiner Ausbildungsfälle.</p> <p><b>(Nur für ehemalige Beamtinnen und Beamte)</b></p> <p>Nachversicherung zum Versorgungswerk beantragt: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Antrag bitte zusenden</p>
<b>310</b>	<p><input type="checkbox"/> Ich bin seit/ab _____ <b>selbstständig</b> tätig und in der gesetzlichen Rentenversicherung (DRV) in dieser Tätigkeit <b>nicht pflichtversichert</b>. (weiter mit Feldern 511, 512 oder 514)</p>
<b>320</b>	<p><input type="checkbox"/> Ich bin <b>selbstständig</b> tätig und in der gesetzlichen Rentenversicherung (DRV) <b>pflichtversichert</b> (z.B. Lehrer, Erzieher, Künstler, Publizist) seit/ab _____</p> <p><input type="checkbox"/> und füge Nachweis bei (z. B. Feststellungsbescheid der DRV über Antragspflichtversicherung oder aktuelle Beitragsbescheinigung). (weiter mit Feldern 410, 411 und ggf. 516)</p> <p><input type="checkbox"/> und lasse meinen sozialversicherungsrechtlichen Status klären. (weiter mit Feldern 511, 512 oder 514)</p> <p><b>Bitte entsprechenden Fragebogen (V 027) bei der Clearingstelle der Deutschen Rentenversicherung Bund anfordern und dort zur Entscheidung über den Status abgeben.</b></p>
<b>330</b>	<p><input type="checkbox"/> Ich bin seit/ab _____ <b>angestellt</b> tätig und in der gesetzlichen Rentenversicherung (DRV) <b>pflichtversichert</b> (weiter mit Feldern 410, 411 und ggf. 516)</p> <p><input type="checkbox"/> und füge Nachweis bei (ausreichend ist eine einfache Kopie der aktuellen Gehaltsabrechnung). <input type="checkbox"/> und reiche Nachweis nach.</p> <p><input type="checkbox"/> Gleichzeitig bin ich selbstständig tätig und erwirtschafte <b>nicht mehr</b> als geringfügige Einkünfte (in 2018=650,- EUR mtl. Gewinn).</p> <p><input type="checkbox"/> Gleichzeitig bin ich selbstständig tätig und erwirtschafte <b>mehr</b> als geringfügige Einkünfte (weiter mit Feld 512).</p> <p><input type="checkbox"/> Gleichzeitig bin ich selbstständig tätig, jedoch nur bis zur Beendigung meiner Ausbildungsfälle.</p>
<b>340</b>	<p><input type="checkbox"/> Ich bin seit/ab _____ freie/r Mitarbeiter/in und lasse meinen sozialversicherungsrechtlichen Status (<b>Scheinselbstständige/r/ Arbeitnehmer-ähnliche/r Selbstständige/r</b>) klären. (weiter mit Feldern 511, 512 oder 514)</p> <p><b>Bitte entsprechenden Fragebogen (V 027) bei der Clearingstelle der Deutschen Rentenversicherung Bund anfordern und dort zur Entscheidung über den Status abgeben.</b></p>
<b>350</b>	<p><input type="checkbox"/> Ich bin arbeitslos (nur für Zeiten <b>nach Approbation</b> in Nordrhein-Westfalen, Baden-Württemberg oder Kammerbezirk OPK)</p> <p><input type="checkbox"/> seit _____ <input type="checkbox"/> Nachweis anbei <input type="checkbox"/> Nachweis wird nachgereicht</p> <p><input type="checkbox"/> von _____ bis _____</p> <p><input type="checkbox"/> und erhalte keinerlei finanzielle Leistungen durch die Agentur für Arbeit oder das Jobcenter. (weiter mit Feld 511, 512 oder <b>514</b>)</p> <p><input type="checkbox"/> Leistungen wurden jedoch ab _____ beantragt.</p> <p><input type="checkbox"/> und erhalte finanzielle Leistungen durch die Agentur für Arbeit. (weiter mit Feldern 410, 411 und ggf. 516)</p> <p><input type="checkbox"/> und erhalte finanzielle Leistungen durch das Jobcenter. (weiter mit Feld 511, 512, <b>513</b> oder 514)</p>
<b>360</b>	<p><input type="checkbox"/> Ich befinde mich seit/ab _____ im Mutterschutz / in der Elternzeit voraussichtlich bis _____ und gehe derzeit meiner oben genannten Tätigkeit nicht nach ( bitte unbedingt einen der oberen Punkte angeben)</p> <p><input type="checkbox"/> und füge Nachweis bei (einfache Kopie der Geburtsurkunde des Kindes bzw. eine Bescheinigung über den voraussichtlichen Geburtstermin). -&gt; Pflichtversicherte in der gesetzlichen Rentenversicherung weiter mit Feldern 410, 411 und ggf. 516</p> <p>-&gt; <b>Nicht</b> Pflichtversicherte in der gesetzlichen Rentenversicherung (z.B. Selbstständige) (weiter mit Feldern 511, 512, 514 oder ggf. 515)</p>

#### IV. Antrag auf vollständige oder teilweise Befreiung von der Beitragspflicht:

410	<input type="checkbox"/> Ich beantrage ab Beginn der Mitgliedschaft die <input type="checkbox"/> <b>vollständige</b> oder <input type="checkbox"/> <b>teilweise Befreiung von der Beitragspflicht</b> wie folgt:
	<input type="checkbox"/> Ich beantrage ab Beginn der Mitgliedschaft die <b>vollständige</b> und danach ab _____ die <b>teilweise Befreiung von der Beitragspflicht</b> : (Sofern Sie die vollständige Befreiung beantragen und Sie bereits <b>55 Jahre alt</b> sind, scheiden Sie aus dem Versorgungswerk aus!)
411	<input type="checkbox"/> nach <b>§ 9 Abs. 1 Nr. 3</b> aufgrund einer bestehenden <b>Pflichtversicherung in der gesetzlichen Rentenversicherung</b> -> bei Teilbefreiung weiter mit Feld 516
420	<input type="checkbox"/> nach <b>§ 9 Abs. 1 Nr. 1</b> aufgrund eines <b>ständigen Dienst- oder ähnlichen Beschäftigungsverhältnisses</b> mit unverfallbarem Anspruch auf Ruhegehalt und Hinterbliebenenversorgung nach beamtenrechtlichen Grundsätzen (-> bei Teilbefreiung weiter mit Feld 516)
421	<input type="checkbox"/> nach <b>§ 9 Abs. 1 Nr. 2</b> aufgrund einer <b>bestehenden Befreiung von der Mitgliedschaft</b> oder einer <b>vollständigen oder teilweisen Befreiung</b> von der Beitragspflicht in einer anderen durch Gesetz angeordneten oder auf Gesetz beruhenden berufsständischen öffentlich-rechtlichen Versicherungs- oder Versorgungseinrichtung und <input type="checkbox"/> füge Nachweis bei. <input type="checkbox"/> reiche Nachweis nach. ( <i>Gilt auch für Gründungsmitglieder anderer Psychotherapeutenversorgungswerke!</i> ) (-> bei Teilbefreiung weiter mit Feld 516)
430	<input type="checkbox"/> nach <b>§ 9 Abs. 1 Nr. 4</b> aufgrund einer durch Gesetz angeordneten oder auf Gesetz beruhenden <b>bestehenden Pflichtmitgliedschaft</b> in einer anderen berufsständischen öffentlich-rechtlichen Versicherungs- oder Versorgungseinrichtung und bin Mitglied im dazugehörigen Kammerbereich. <input type="checkbox"/> Nachweis anbei <input type="checkbox"/> Nachweis wird nachgereicht (-> bei Teilbefreiung weiter mit Feld 516) <i>(Gilt auch bei doppelter Kammermitgliedschaft!)</i>
431	<input type="checkbox"/> nach <b>§ 9 Abs. 1 Nr. 5</b> wegen Pflichtmitgliedschaft in einer <b>öffentlich-rechtlichen Versicherungs- oder Versorgungseinrichtung</b> eines anderen <b>Mitgliedsstaates der Europäischen Union (EU)</b> oder des <b>Europäischen Wirtschaftsraumes (EWR)</b> <input type="checkbox"/> und füge Nachweis bei. <input type="checkbox"/> und reiche Nachweis nach. (-> bei Teilbefreiung weiter mit Feld 516)
432	<input type="checkbox"/> nach <b>§ 9 Abs. 1 Nr. 6</b> wegen Vorliegens der <b>Voraussetzungen des Bezugs einer Altersrente</b> gemäß § 15 Abs. 1 oder einer vorgezogenen Altersrente gemäß § 15 Abs. 2. (-> bei Teilbefreiung weiter mit Feld 516)

#### V. Höhe des Beitrags beim Versorgungswerk:

<b>Der Höhe nach entrichte ich meinen Pflichtbeitrag nach § 28 ggf. in Verbindung mit vorstehendem Abschnitt IV. wie folgt:</b>	
511	<input type="checkbox"/> in Höhe des Regelpflichtbeitrages (§ 28 Abs. 2) (= 5/10 des Höchstbeitrages zur gesetzlichen Rentenversicherung).
512	<input type="checkbox"/> einkommensbezogen (§ 28 Abs. 3 i. V. m. Abs. 5), jedoch mindestens den Beitrag gemäß § 28 Abs. 4 Satz 1 (=1/10). Mein <b>Jahreseinkommen aus selbstständiger Tätigkeit</b> weise ich wie folgt nach <b>(Nachweis ist bei einkommensbezogener Beitragszahlung immer erforderlich):</b> <input type="checkbox"/> Vorlage des vorletzten Einkommensteuerbescheides (frühestens ab dem Jahr der Approbation). <input type="checkbox"/> durch Angabe der gewissenhaften Selbsteinschätzung des voraussichtlichen Einkommens* <b>in Höhe von _____ Euro</b> (führt zu einer vorläufigen Beitragsfestsetzung). <i>*Bei Approbation ist die Schätzung des Einkommens (ohne Ausbildungsfälle!) vom Tag der Approbation bis zum Ende desselben Jahres anzugeben.</i>
513	<input type="checkbox"/> Ich beantrage aufgrund des <b>Bezuges von Arbeitslosengeld II</b> die vollständige Beitragsbefreiung gemäß § 28 Abs. 4 Nr. 3 <input type="checkbox"/> und füge Nachweis bei. <input type="checkbox"/> und reiche Nachweis nach.
514	<b>Nur für Mitglieder, die als Existenzgründer/innen ausschließlich selbstständig tätig sind</b> oder keinerlei Tätigkeit nachgehen <input type="checkbox"/> Ich beantrage gemäß § 28 Abs. 4 Nr. 1 die Ermäßigung auf den halben Mindestbeitrag in Höhe von 0,5/10 des Höchstbeitrages zur gesetzlichen Rentenversicherung. Die Ermäßigung ist auf maximal 3 Jahre befristet.
515	<input type="checkbox"/> Ich befinde mich im <b>Mutterschutz/Elternzeit</b> seit/voraussichtlich ab _____ und zwar voraussichtlich bis _____ und beantrage die vollständige Beitragsbefreiung gemäß § 28 Abs. 4 Nr. 2 i. V. m. § 18 Abs. 2. <input type="checkbox"/> <b>Ich bestätige, dass ich während der beantragten Beitragsfreiheit keine Tätigkeit ausübe und keine Einkünfte erziele.</b> Die Geburtsurkunde/n des Kindes/der Kinder <input type="checkbox"/> ist/sind als Nachweis beigelegt. <input type="checkbox"/> wird/werden nachgereicht.
516	<b>Nur für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, die die teilweise Beitragsbefreiung nach Abschnitt IV beantragen</b> <input type="checkbox"/> Ich beantrage gemäß § 28 Abs. 8 den Mindestbeitrag in Höhe von 1/10 des Höchstbeitrages zur gesetzlichen Rentenversicherung.
520	<input type="checkbox"/> Ich beantrage ab _____ zusätzlich zum oben angegebenen Pflichtbeitrag die Zahlung <b>freiwilliger Beiträge</b> gemäß § 30 Abs. 1 in Höhe von ____/10 (Gesamtbeitrag darf 15/10 des Höchstbeitrages zur gesetzlichen Rentenversicherung nicht überschreiten.)
521	Bitte beachten Sie, dass die Beitragsentrichtung gem. § 31 Abs. 10 ausschließlich bargeldlos durch Lastschriftentzug erfolgt. Jedes Mitglied ist nach dieser Vorschrift zur Angabe einer Kontoverbindung verpflichtet. Hierzu ist ein formgebundenes <b>SEPA-Lastschriftmandat</b> erforderlich, das dem Versorgungswerk <b>im Original per Post</b> vorliegen muss (alle anderen Unterlagen können auch per Fax übersandt werden). Ein Formular zur Erteilung des SEPA-Lastschriftmandates ist beigelegt. <input type="checkbox"/> Formular ist diesen Unterlagen beigelegt, die im Original auf dem Postweg übersandt werden. <input type="checkbox"/> Formular wird auf dem Postweg nachgereicht.

#### Ich versichere die Richtigkeit aller im Formblatt gemachten Angaben.

(Ein nicht unterschriebener Antrag gilt als nicht gestellt; eine Streichung von Textteilen des Formblattes innerhalb einzelner Felder gilt als nicht erfolgt.)

Ort

Datum

Unterschrift