Eingangsstempel

Härtefallantrag zum Ärztekammerbeitrag 2024

Name: _____ **Geburtsdatum** _____

Ich beantrage

- ☐ Beitragsermäßigung
- ☐ Beitragserlass
- ☐ Stundung

Art der Tätigkeit

- ☐ niedergelassen mit/ohne Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung
- ☐ angestellt tätig seit _____ bei _____
- ☐ Nebentätigkeit _____

Antragsgrund

- ☐ Wechsel der Tätigkeit/Reduzierung Arbeitszeit*
- ☐ Altersteilzeit
- ☐ Eintritt in Ruhestand nach dem 01.02.2024
- ☐ Ruhestand mit geringfügiger ärztlicher Tätigkeit
- ☐ Arbeitslosigkeit/Sozialhilfebezug/Berufsunfähigkeit*
- ☐ Beginn Elternzeit nach dem 01.02.2024
- ☐ Arbeitsunfähigkeit mit/ohne Entgeltfortzahlung bzw. mit/ohne Krankentagegeld*
- ☐ _____

Höhe der Brutto-Einkünfte

im Jahr	**2022**	**2024**
	€ _____	€ _____

Anlagen/Nachweise

- ☐ Einkommensteuerbescheid 2022/Lohnsteuerbescheinigung 2022*
- ☐ aktuelle Gehaltsabrechnung bei angestellter Tätigkeit
- ☐ Bescheinigung Steuerberater
- ☐ Nachweis Altersteilzeit
- ☐ Nachweis Elternzeit
- ☐ Nachweis Berufsunfähigkeit/Pflegebedürftigkeit*
- ☐ Nachweis für Bezug von Sozialhilfe/Arbeitslosengeld II*
- ☐ Rentenbescheid
- ☐ Nachweis über Höhe von Lohnersatzleistungen (z.B. Krankentagegeld, Arbeitslosengeld)
- ☐ _____
  - ☐ ist beigefügt.
  - ☐ liegt noch nicht vor und wird unverzüglich nachgereicht.

Bitte richten Sie den Antrag an:

Ärztekammer Niedersachsen
Referat Beitragswesen
Frau Olesen
Postfach 347
30003 Hannover

_____
Datum, Unterschrift

* Nichtzutreffendes bitte streichen

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, das Merkblatt zum Härtefallantrag gelesen zu haben.