

Härtefallantrag zum Ärztekammerbeitrag 2020



Eingangsstempel

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 01.02.2020
- Ruhestand mit geringfügiger ärztlicher Tätigkeit
- Arbeitslosigkeit/Sozialhilfebezug/Berufsunfähigkeit*
- Beginn Elternzeit nach dem 01.02.2020
- Arbeitsunfähigkeit mit/ohne Entgeltfortzahlung bzw. mit/ohne Krankentagegeld*
- _____

Höhe der Einkünfte (Brutto)

im Jahr

2018

€ _____

2020

€ _____

Anlagen/Nachweise

- Einkommensteuerbescheid 2018/Lohnsteuerbescheinigung 2018*
 - 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 beigelegt.
 liegt noch nicht vor und wird unverzüglich nachgereicht.

Bitte richten Sie den Antrag an:

Ärztekammer Niedersachsen
Geschäftsführung
Astrid Lilje
Postfach 307
30003 Hannover

Datum, Unterschrift

* Nichtzutreffendes bitte streichen

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