

Name:		Vorname:	
Geburtsdatum:	Personalnummer:	Telefon-Nr.:	

Bitte senden Sie dieses Formular, gemeinsam mit den jeweiligen Geburtsurkunden, unterschrieben an:

**Evonik Industries AG**

**Altersversorgung**

Paul-Baumann-Straße 1

(Bitte benutzen Sie diese Adresse für den postalischen Weg.)

45772 Marl

[altersversorgung@evonik.com](mailto:altersversorgung@evonik.com)

(Alternativ scannen Sie das ausgefüllte Formular ein und senden uns dieses per E-Mail.)

**Freiwillige Selbstauskunft zur Anzahl der berücksichtigungsfähigen Kinder zur Ermittlung des Beitrages zur gesetzlichen Pflegeversicherung nach § 55 Abs. 3 SGB XI**

Anzahl der berücksichtigungsfähigen Kinder mit Stand 01.07.2023: \_\_\_\_\_

Daten der berücksichtigungsfähigen Kinder:

Name, Vorname: _____	Geburtsdatum: _____
Name, Vorname: _____	Geburtsdatum: _____
Name, Vorname: _____	Geburtsdatum: _____
Name, Vorname: _____	Geburtsdatum: _____
Name, Vorname: _____	Geburtsdatum: _____

Es können maximal 5 Kinder berücksichtigt werden, daher ist die Angabe weiterer Daten nicht erforderlich.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit der oben gemachten Angaben.

Ort/Datum:	Unterschrift des Mitarbeiters:
------------	--------------------------------

Es handelt sich um eine freiwillige Selbstauskunft. Sie sind nicht verpflichtet, Angaben zu machen oder können einzelne Kinder unberücksichtigt lassen. Es können bei der Beitragsermittlung jedoch ausschließlich die angegebenen Kinder berücksichtigt werden.