



Ausfüllhinweise

Bitte die Formulare in den dafür vorgesehenen Feldern leserlich in Druckschrift ausfüllen und Zutreffendes ankreuzen, da die Formulare elektronisch gelesen werden. Pflichtfelder sind in den Formularseiten mit (*) gekennzeichnet, alle weiteren Angaben sind freiwillig.

Bitte denken Sie daran, die Angaben mit einer **Unterschrift** am Ende jeder ausgefüllten Seite zu bestätigen.

Bitte senden Sie die ausgefüllten Unterlagen im Original per Post an die Landespflegekammer Rheinland-Pfalz zurück. Die zur Registrierung erforderlichen Unterlagen entnehmen Sie bitte der beigefügten Übersicht.

Im Übrigen finden Sie diese Formulare zum Ausdrucken auch unter www.pflegekammer-rlp.de > Für Mitglieder > Downloads/ Formulare

Hinweise zur „Selbsteinstufung in eine Beitragsklasse“

Die Angaben zur Selbsteinstufung gegenüber der Kammer müssen gemäß der Beitragsordnung der Landespflegekammer Rheinland-Pfalz **wahrheitsgemäß** und vollständig sein.

- 1.) Die **Einstufung** in eine Beitragsklasse erfolgt gemäß Beitragsordnung auf Basis des durchschnittlichen monatlichen Bruttoeinkommens (Jahresbruttolohn geteilt durch aus **pflegerischer Tätigkeit/Anwendung pflegerisches Fachwissen** des **vorletzten** Jahres (siehe Lohnsteuerbescheinigung gesamtes Jahreseinkommen)

Beispiel.: **Für das Beitragsjahr 2024 stufen Sie sich auf Basis des durchschnittlichen monatlichen Bruttoeinkommens aus dem Jahr 2022 ein.**

- 2.) **Bitte beachten Sie:** Sollten Sie im vorletzten Jahr vor dem Beitragsjahr kein Einkommen aus pflegerischer Tätigkeit erzielt haben, erfolgt die Einstufung in eine Beitragsklasse gemäß dem durchschnittlichen monatlichen Bruttoeinkommen aus dem letzten Jahr (Bsp.: **Für das Beitragsjahr 2024 stufen Sie sich in diesem Sonderfall auf Basis des Einkommens aus dem Jahr 2023 ein**). Sollten Sie im letzten Jahr vor dem Beitragsjahr ebenfalls kein Einkommen aus pflegerischer Tätigkeit erzielt haben, stufen Sie sich in die Beitragsklasse 3 ein.
- 3.) **Sonderfall nach Elternzeit:** Sollten Sie zwei komplette Jahre in Folge im Beschäftigungsverbot, Mutterschutz und Elternzeit gewesen sein, stufen Sie sich für den „Wiedereintritt ins Berufsleben“ in die Beitragsklasse 3 ein. Des Weiteren beachten Sie 2.) und vergessen nicht die Beitragsmeldung für das darauffolgende Jahre bis spätestens 31.10. abzugeben.

Zur Vermeidung unzumutbarer Härten kann auf schriftlichen Antrag des Kammermitglieds der Beitrag gestundet, ermäßigt oder erlassen werden. Formulare für die Beitragsbefreiungen finden Sie auf unserer Webseite.

Kammerbeiträge sind steuerlich absetzbar.

Nach der Beitragsordnung ist die Kammer berechtigt, die Angaben der Mitglieder zur Selbsteinstufung zu überprüfen. Dazu kann sie Nachweise anfordern.

Rechtsgrundlagen und Datenschutz

Die Daten werden aufgrund § 1 Abs. 5 Heilberufsgesetz Rheinland-Pfalz in der Fassung der Bekanntmachung vom 19.12.2014 (GVBl. 2014, S. 302) in Verbindung mit der Meldeordnung und der Beitragsordnung der Landespflegekammer Rheinland-Pfalz erhoben. Diese Daten werden gemäß § 1 Abs. 5 HeilBG an das für den Ort der Berufsausübung zuständige Gesundheitsamt zur Erfüllung der Aufgaben übermittelt.

Verantwortlich für die Datenverarbeitung ist:

Landespflegekammer Rheinland-Pfalz
Große Bleiche 14-16, 55116 Mainz
Tel.: 06131 327380, Fax: 06131 3273899
E-Mail: info@pflegekammer-rlp.de

Unser Datenschutzbeauftragter:

CTM-COM GmbH
Marienburgstraße 27, 64297 Darmstadt
Telefon: 06151 - 394272, Fax: 06151- 394273
datenschutz@ctm-com.de



Mitgliedsnummer

Geburtsdag

Nachname

Beitragsveranlagung – Selbsteinstufung PFLICHTMITGLIED

Beitrags- klasse		Beitragsjahr 2025 (Grundlage ist in der Regel Jahres- bruttoeinkommen aus 2023)	Beitragsjahr 2026 (Grundlage ist in der Regel Jahres- bruttoeinkommen aus 2024)	Beitragsjahr 2027* (Grundlage ist in der Regel Jahres- bruttoeinkommen aus 2025)	Monatliches durchschnitt- liches Bruttoeinkommen aus pflegerischer Tätigkeit	Beitrag bei jährlicher Zahlungs- weise	Beitrags- raten bei halbjährlicher Zahlungsweise	Beitrags- raten bei vierteljährlicher Zahlungsweise
1		☐	☐	☐	unter 500,- €	35,- €	17,50 €	8,75 €
2		☐	☐	☐	500,- € bis unter 1.000,- €	64,- €	32,- €	16,- €
3		☐	☐	☐	1.000,- € bis unter 1.500,- €	99,- €	49,50 €	24,75 €
4		☐	☐	☐	1.500,- € bis unter 2.500,- €	120,- €	60,- €	30,- €
5		☐	☐	☐	2.500,- € bis unter 4.500,- €	139,- €	69,50 €	34,75 €
6		☐	☐	☐	4.500,- € bis unter 5.500,- €	240,- €	120,- €	60,- €
7		☐	☐	☐	ab 5.500,- €	354,- €	177,- €	88,50 €

*Die Höhe des jährlichen Beitrags wird durch die Vertreterversammlung festgelegt und kann von den oben genannten Angaben abweichen.
Die Beitragshöhe für die Jahre 2016–2024 können Sie auf unserer Homepage einsehen.

Mitglied seit

(Wenn Mitgliedschaft nicht seit 01.01.2021 besteht, bitte entsprechende Nachweise beifügen.)

Beitrag – Zahlungsart

☐ per **Überweisung** / Dauerauftrag -Bitte beachten Sie: Bei dieser Zahlart ist nur **eine jährliche Zahlung** möglich!

Darüber hinaus fallen entsprechend § 2 der Gebührenordnung und deren Anlage (Gebührentatbestand Ziff. 1.1.6) **Gebühren** an!

Unsere Kontoverbindung: Bank für Sozialwirtschaft, IBAN: DE75 3702 0500 0001 3950 00 , BIC: BFSWDE33XXX

(Im Verwendungszweck muss Ihre Mitgliedsnummer, Nachname und Vorname genannt sein, sonst können wir Ihre Zahlung nicht zuordnen.)

☐ per **SEPA-Lastschrift** Diese Zahlart ist für Sie **gebührenfrei!**

Erteilung einer Einzugsermächtigung: Ich ermächtige/Wir ermächtigen die Landespflegekammer Rheinland-Pfalz, Körperschaft des öffentlichen Rechts, Große Bleiche 14-16, 55116 Mainz, widerruflich, die von mir/uns zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit durch Lastschrift von meinem / unserem Konto einzuziehen.

Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats: Ich ermächtige/Wir ermächtigen, die Landespflegekammer Rheinland-Pfalz, Körperschaft des öffentlichen Rechts, Große Bleiche 14-16, 55116 Mainz, Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein/weisen wir unser Kreditinstitut an, die von der Landespflegekammer Rheinland-Pfalz, Körperschaft des öffentlichen Rechts, Große Bleiche 14-16, 55116 Mainz, auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: Ich kann/Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Abbuchung: ☐ jährlich (1. Januar) ☐ halbjährlich (1. Januar, 1. Juli) ☐ vierteljährlich (1. Januar, 1. April, 1. Juli, 1. Oktober)

Kontoinhaber: ☐ Mitglied selbst ☐ abweichend Der Mitgliedsbeitrag ist eine wiederkehrende Zahlung.

Kontoinhaber:
Name, Vorname

Kreditinstitut

IBAN

BIC

Gilt

☐ ab sofort

☐ ab

Ort, Datum

Unterschrift Kontoinhaber/in

Gläubiger-ID der Landespflegekammer: DE62 ZZZO 0001 5407 65
Ihre Mandatsreferenz (7stellig): Mitgliedsnummer mit 1 vorangestellt

**Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit aller Angaben.
Mir ist bekannt, dass ich alle eintretenden Veränderungen zeitnah mitzuteilen habe.**

Eigenhändige Unterschrift

Name in Druckbuchstaben

Ort, Datum