

Antrag auf Stundung von Sozialversicherungsbeiträgen

(zur Vorlage bei der jeweiligen Krankenkasse des Arbeitnehmers)

Krankenkasse: _____

Adresse: _____

Firma/ Name, Vorname: _____

Adresse: _____

SV-Beitragsnummer.: _____

Tel.: _____

Bitte beantworten Sie die Fragen nach dem Stand vom _____

1. Branche (des Antragsstellers)

2. Grund für die existenzbedrohliche Wirtschaftslage, bzw. den Liquiditätsengpass

(kurze Erläuterung)

3. Höhe des entstandenen Liquiditätsengpasses

4. Ratenhöhe

Infolge der Auswirkungen des Corona Virus können die angegebenen Forderungen derzeit nicht geleistet werden (erhebliche Härte). Ich beantrage deshalb eine Zahlungsfristverlängerung oder eine zinslose Ratenzahlung im folgenden Umfang:

Die Zahlung von mtl. Raten in Höhe von _____ ist mir möglich.

Die Zahlung der mtl. Raten erfolgt ab dem _____

Jeweils zum _____ des Monats.

Ich versichere die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben.

(Hinweis: Unrichtige oder falsche Angaben können strafrechtliche Folgen haben!)

Ort, Datum:

Unterschrift:
