

So geht's leichter !

- Einige Fragen beziehen sich auf die Berichtswoche. Die Berichtswoche finden Sie auf dem Deckblatt. Bitte übertragen Sie diese in die Namenslasche.
- Lassen Sie die Laschen während des Ausfüllens ausgeklappt. Die Reihenfolge in der Namenslasche ist für die Personenspalten einzuhalten.
- Die Betriebslasche füllen Sie bitte erst aus, wenn Sie im Laufe des Fragebogens (Frage 174 auf Seite 46) hierzu aufgefordert werden.
- Achten Sie bitte auf die Uhrzeit, bevor Sie mit dem Ausfüllen des Fragebogens beginnen. Im Rahmen der Beantwortung des Fragebogens werden Sie gefragt, wie viel Zeit Sie für das Ausfüllen benötigt haben.

Wir führen Sie durch den Fragebogen

- Jede Person antwortet nach Möglichkeit für sich. Für Kinder (unter 15 Jahren), Pflegebedürftige oder Menschen mit Behinderung, die nicht selbst antworten können, kann stellvertretend ausgefüllt werden.
- Nicht alle Fragen müssen von allen Personen beantwortet werden. Bei Antwortkästchen mit Pfeil (Sprunghinweis) benennt die Ziffer hinter dem Pfeil die nächste für diese Person zu beantwortende Frage.

Beispiel:	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Ja	<input checked="" type="checkbox"/> → 10	<input type="checkbox"/> → 10	<input type="checkbox"/> → 10	<input type="checkbox"/> → 10	<input type="checkbox"/> → 10
Nein	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Im Beispiel antwortet Person 1 mit „Ja“ und geht weiter zu Frage 10. Person 2 antwortet mit „Nein“ und geht weiter zur nächsten Frage.

- Personen haben ggf. verschiedene Sprunghinweise. Deshalb sollten Sie nicht gleichzeitig für mehrere Personen den Fragebogen ausfüllen, da man schnell einen Sprunghinweis übersieht.
- Bitte tragen Sie Zahlen rechtsbündig ein.

Beispiel: | Wochenstunden

- Korrekturen nehmen Sie bitte wie folgt vor.

Beispiel: | Ja
 | Nein

- Fragen, die freiwillig beantwortet werden können, sind mit dem Hinweis „freiwillig“ und einem farbigen Balken gekennzeichnet.

Haushalt und Wohnung

1 Gibt es in Ihrer Wohnung neben Ihrem Haushalt weitere Haushalte, z. B. Untermieter/-innen?

! Weitere Haushalte in Ihrer Wohnung bestehen aus Personen, die nicht gemeinsam mit Ihnen leben und wirtschaften. WG-Mitbewohner/-innen sind in der Regel als eigener Haushalt zu betrachten.

Ja, Anzahl der weiteren Haushalte

Nein, keine weiteren Haushalte 8

2 Wie viele Personen haben am Donnerstag in der Berichtswoche insgesamt in Ihrem Haushalt gelebt?

! Zeitweise abwesende Personen gehören zum Haushalt, wenn sie z. B. aus beruflichen oder gesundheitlichen Gründen abwesend sind, aber normalerweise hier wohnen.

Keine Haushaltsmitglieder sind Untermieter/-innen, Personen, die zu Besuch anwesend sind, und Hausangestellte.

Anzahl der Personen in Ihrem Haushalt (Sie selbst mit einbezogen)

Hinweis!

Die Berichtswoche finden Sie auf dem Deckblatt.

3 Welche Personen gehören zu Ihrem Haushalt? Beschriften Sie bitte die ausgeklappte Namenslasche neben Seite 2.

! Falls mehr als 5 Personen im Haushalt leben, fordern Sie bitte einen zusätzlichen Fragebogen beim Statistischen Amt an. Die Kontaktdaten finden Sie auf dem Deckblatt.

Hinweis!

Bitte halten Sie die Reihenfolge aus der Namenslasche für die Personenspalten ein.

4 Welches Geschlecht (nach Geburtenregister) haben Sie?

Männlich 1

Weiblich 2

Divers 3

Ohne Angabe nach Geburtenregister 4

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
1	<input type="checkbox"/>				
2	<input type="checkbox"/>				
3	<input type="checkbox"/>				
4	<input type="checkbox"/>				

5 Wann sind Sie geboren?

Monat

Jahr

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Monat	<input type="checkbox"/>				
Jahr	<input type="checkbox"/>				

freiwillig

6 Liegt Ihr Geburtstag vor dem letzten Tag der Berichtswoche 2021?

Ja 1

Nein 8

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
1	<input type="checkbox"/>				
8	<input type="checkbox"/>				

7 Welchen Familienstand haben Sie?

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Ledig	1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verheiratet	2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verwitwet	3 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geschieden	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eingetragene Lebenspartnerschaft	5 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eingetragene Lebenspartnerin/eingetragener Lebenspartner verstorben	6 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eingetragene Lebenspartnerschaft aufgehoben	7 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hinweis!

→ 10 Der Pfeil mit Ziffer 10 bedeutet, dass als nächstes die Frage 10 zu beantworten ist.

8 Bewohnen Sie noch mindestens eine weitere Wohnung (auch Zimmer, Unterkunft oder Heim)?

Kreuzen Sie bitte alles Zutreffende an.

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Ja, ich habe noch eine weitere Wohnung in Deutschland.	1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ja, ich habe noch eine weitere Wohnung im Ausland.	2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nein, ich habe keine weitere Wohnung.	8 <input type="checkbox"/> → 10	<input type="checkbox"/> → 10			

9 Ist diese Wohnung hier Ihr Hauptwohnsitz?

i Hauptwohnsitz ist bei **mehreren Wohnungen** die überwiegend genutzte Wohnung (Lebensmittelpunkt, Familienwohnsitz).

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Ja	1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nein	8 <input type="checkbox"/> → 11	<input type="checkbox"/> → 11			

10 Sind die Personen im Haushalt anwesend oder zurzeit abwesend?

i „Zurzeit abwesend“ sind Personen, die vorübergehend abwesend sind, aber normalerweise im Haushalt leben (z. B. Berufspendlerinnen/ Berufspendler, Studentinnen/Studenten, Auszubildende, Personen im Krankenhaus/Urlaub/ Freiwilligendienst).

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Anwesend	1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zurzeit abwesend	8 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11 Wurde Ihr Haushalt innerhalb der letzten 12 Monate in dieser Wohnung schon mal im Mikrozensus befragt?

Ja

Nein → 22

12 Sind seit der letzten Befragung Mitglieder Ihres Haushalts ausgezogen?

Ja, Anzahl der ausgezogenen Personen

Nein 8

13 Sind seit der letzten Befragung Mitglieder Ihres Haushalts verstorben?

Ja, Anzahl der verstorbenen Personen

Nein 8

14 Sind Sie seit der letzten Befragung in diesen Haushalt eingezogen?

i Bei Kindern, die in den letzten 12 Monaten geboren wurden, kreuzen Sie bitte „Ja“ an.

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Ja	<input type="checkbox"/>				
Nein	<input type="checkbox"/>				

15 Ist diese Wohnung für mindestens eine Person im Haushalt, die am 31.12.2020 16 Jahre oder älter war, der Hauptwohnsitz?

Ja

Nein → 27

16 Wann sind Sie seit der letzten Befragung in diesen Haushalt eingezogen?

i Bei Kindern, die in den letzten 12 Monaten geboren wurden, geben Sie bitte Geburtsmonat und -jahr an.

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Monat	<input type="text"/>				
Jahr	<input type="text"/>				
Trifft nicht zu, lebte schon vor der letzten Befragung im Haushalt.	<input type="checkbox"/> → 18				

17 Welche Lebenssituation traf zum Zeitpunkt des Einzugs auf Sie zu?

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Erwerbstätig	<input type="checkbox"/>				
Sonstige Lebenssituation	<input type="checkbox"/>				

18 Sind innerhalb der letzten 12 Monate Mitglieder Ihres Haushalts ausgezogen?

Ja, Anzahl der ausgezogenen Personen

Nein 8 → 20

Muster

19 Tragen Sie bitte für jede ausgezogene Person den Vornamen und die nachfolgenden Angaben ein:

Vorname der ausgezogenen Person

Auszugsmonat

Auszugsjahr

1. ausgezogene Person	2. ausgezogene Person	3. ausgezogene Person															
.....															
<table border="1"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>				<table border="1"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>				<table border="1"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>									
<table border="1"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>						<table border="1"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>						<table border="1"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>					
Wohin ist die Person gezogen?																	
In einen anderen Privathaushalt	1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>														
In einen Gemeinschaftshaushalt (z. B. Wohnheim, Altenheim)	2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>														
Ins Ausland	3 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>														
An einen unbekanntem Ort	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>														

20 Sind innerhalb der letzten 12 Monate Mitglieder Ihres Haushalts verstorben?

Ja, Anzahl der verstorbenen Personen

Nein

8

 → 27

21 Tragen Sie bitte den Vornamen für jede verstorbene Person ein:

Vorname der verstorbenen Person

1. verstorbene Person	2. verstorbene Person	3. verstorbene Person
.....
→ 27	↳ 27	↳ 27

22 Sind seit dem 1. Januar 2020 bis heute Personen in Ihren Haushalt eingezogen?

Ja

1

Nein

8

 → 25

23 In welchem Monat und welchem Jahr ist die zuletzt eingezogene Person in Ihren Haushalt eingezogen?

Monat

--	--

Jahr

--	--	--	--	--

24 Welche Lebenssituation traf zum Zeitpunkt des Einzugs auf die zuletzt zugezogene Person zu?

Erwerbstätig

1

Sonstige Lebenssituation

4

25 Sind seit dem 1. Januar 2020 Personen aus Ihrem Haushalt ausgezogen?

Ja 1
 Nein 8 → 27

26 Sind mehrere Personen seit dem 1. Januar 2020 ausgezogen, geben Sie bitte den Auszugsmonat und das Auszugsjahr der zuletzt ausgezogenen Person an.

Auszugsmonat
 Auszugsjahr

Personen und Haushalt

27 Leben Sie in einem Ein-Personen-Haushalt?

Ja → 33
 Nein

28 Lebt Ihre Mutter in diesem Haushalt?

i Auch Stief-, Adoptiv- oder Pflegemutter.

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Ja, meine Mutter hat die Nummer (siehe Namenslasche)	<input type="text"/>				
Nein	<input type="checkbox"/>				

29 Lebt Ihr Vater in diesem Haushalt?

i Auch Stief-, Adoptiv- oder Pflegevater.

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Ja, mein Vater hat die Nummer (siehe Namenslasche)	<input type="text"/>				
Nein 8	<input type="checkbox"/>				

30 Lebt Ihr/-e Ehepartner/-in in diesem Haushalt?

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Ja, mein/-e Ehepartner/-in hat die Nummer (siehe Namenslasche)	<input type="text"/> → 32				
Nein 8	<input type="checkbox"/>				

31 Lebt Ihr/-e Lebenspartner/-in in diesem Haushalt?

i Auch eingetragene Lebenspartnerschaften.

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Ja, mein/-e Lebenspartner/-in hat die Nummer (siehe Namenslasche)	<input type="text"/>				
Nein 8	<input type="checkbox"/>				

32 In welcher Beziehung stehen Sie zur Person 1?

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Ich bin die Person 1.	<input type="checkbox"/>				
Ich bin ...					
die Ehefrau, der Ehemann.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
die Lebenspartnerin, der Lebenspartner.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
die Tochter, der Sohn (auch Stief-, Adoptiv- oder Pflegekind).		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
die Schwiegertochter, der Schwiegersohn.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
die Enkelin, der Enkel.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
die Urenkelin, der Urenkel.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
die Mutter, der Vater (auch Stief-, Adoptiv- oder Pflegemutter/-vater).		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
die Schwiegermutter, der Schwiegervater.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
die Großmutter, der Großvater.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
die Urgroßmutter, der Urgroßvater.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
die Schwester, der Bruder.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
die Schwägerin, der Schwager.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
eine sonstige verwandte/verschwägerte Person.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
eine nicht verwandte/nicht verschwägerte Person.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Muster

Wohnsituation

i Bitte nutzen Sie zur Beantwortung der Fragen Ihren Mietvertrag, Ihre Nebenkostenabrechnung sowie eventuell abgeschlossene Versorgungsverträge.

33 Ist diese Wohnung für mindestens eine Person im Haushalt, die am 31.12.2020 16 Jahre oder älter war, der Hauptwohnsitz?

Ja

Nein → 88

34 In was für einem Gebäude wohnt Ihr Haushalt?

Freistehendes Einfamilienhaus 1

Einfamilienhaus als Reihenhaus oder Doppelhaushälfte 2

Einfamilienhaus mit zusätzlicher Einliegerwohnung oder Zweifamilienhaus 3

Wohngebäude mit 3 bis 9 Wohnungen 4

Wohngebäude mit 10 oder mehr Wohnungen 5

Andere Art von Gebäude 6

35 In welchem Jahr wurde das Gebäude gebaut, in dem Sie wohnen?

i Es gilt das **Jahr der Baufertigstellung**.
Bei Um-, An- und Erweiterungsbauten am Haus gilt das ursprüngliche Baujahr des Gebäudes.

Vor 1919 1

1919 bis 1948 2

1949 bis 1978 3

1979 bis 1990 4

1991 bis 2000 5

2001 bis 2010 6

2011 bis 2015 7

2016 oder später 8

36 Wie groß ist die Wohnfläche der gesamten Wohnung/des Einfamilienhauses?

i **Zur Wohnfläche gehören auch** Küche, Bad, Toilette, Flur, Mansarde, anrechenbare Balkonfläche, untervermietete Räume.

Nicht dazu gehören gewerblich genutzte Flächen.
Siehe auch S. 115: **i** „Wohnfläche“.

Fläche in vollen Quadratmetern

MUSTER

37 Wie viele Wohnräume hat die Wohnung/das Einfamilienhaus, in der/dem Sie leben?

i Ohne Küche, Bad, Toilette, Flur, Abstellräume, Balkone sowie gewerblich genutzte Räume.

Anzahl der Räume

38 Wann ist Ihr Haushalt in die Wohnung/das Einfamilienhaus eingezogen?

i Anzugeben ist das Einzugsjahr der Person, die am längsten in der Wohnung/im Haus wohnt.

Wenn Sie in einer Wohngemeinschaft leben, geben Sie bitte Ihr persönliches Einzugsjahr an.

Jahr des Einzugs

39 Ist Ihr Haushalt (Mit-)Eigentümer oder Mieter der Wohnung/des Einfamilienhauses?

i Eigentümer/-innen eines Mehrfamilienhauses, die eine Wohnung des Gebäudes selbst bewohnen und den Rest vermieten, tragen bitte (Mit-)Eigentümer des Gebäudes ein.

Bewohner/-innen einer Genossenschaftswohnung tragen bitte Mieter ein.

(Mit-)Eigentümer 1

Mieter 2 → 46

40 Zahlte Ihr Haushalt im letzten Monat noch Kredite für die selbst bewohnte Eigentumswohnung/das selbst bewohnte Einfamilienhaus zurück?

i Hierzu zählen die Abzahlung von Hypotheken und die Rückzahlung von Bauspardarlehen für die selbst bewohnte Wohnung/die selbst bewohnte Fläche in Ihrem Haus.

Ja, und zwar Anzahl Kredite

Nein 8 → 42

41 In welcher Höhe zahlte Ihr Haushalt im letzten Monat Kredite für die Wohnung/das Einfamilienhaus zurück?

i Entnehmen Sie die Beträge dem Kreditlaufplan oder dem Kontoauszug. Wenn Sie keinen monatlichen Rhythmus für die Rückzahlung haben, geben Sie den durchschnittlichen Monatsbetrag an. Wenn Sie einen Kredit für mehrere Wohnungen im Haus zurückzahlen, geben Sie nur für die selbst bewohnte Wohnung den Anteil am Gesamtkredit an.

Monatsbetrag Zinsen und Tilgung (Volle Euro)

Monatsbetrag Zinsen (Volle Euro)

1. Kredit	2. Kredit	3. Kredit	4. Kredit
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

42 Bitte geben Sie ein Haushaltsmitglied an, das Eigentümer der Wohnung/des Einfamilienhauses ist.

Person hat die Nummer (siehe Namenslasche)

43 Wie hoch sind die Wohnkosten für die selbstbewohnte Wohnung/das selbstbewohnte Einfamilienhaus?

i Für Haushalte mit **Eigentümergeinschaft**: Bitte geben Sie bei den aufgeführten Nebenkosten nur Kosten an, die **zusätzlich** zu Ihrem Hausgeld anfallen.

	Nein	Ja	Jahresbetrag (Volle Euro)
Jährliche Grundsteuer	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	→ <input type="text"/>
Jährliche Nebenkosten			
Schadens- oder Wohngebäudeversicherung	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	→ <input type="text"/>
Müllabfuhr	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	→ <input type="text"/>
Wasserkosten (Wasserverbrauch, Abwasser)	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	→ <input type="text"/>
Schornsteinfeger	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	→ <input type="text"/>
Straßenreinigung	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	→ <input type="text"/>

Monatliches Hausgeld

i Eigentümer ohne Eigentümergeinschaft kreuzen bitte „Nein“ an.

	Nein	Ja	Monatsbetrag (Volle Euro)
Hausgeld	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	→ <input type="text"/>
Monatliche Energiekosten			
Strom	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	→ <input type="text"/>
Heizung und Gas	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	→ <input type="text"/>

Jährliche Instandhaltungskosten bzw. Reparaturen

i Zu berücksichtigen sind die **werterhaltenden Instandhaltungskosten** bzw. Reparaturen der letzten 12 Monate. Wertsteigernde Kosten sind nicht zu berücksichtigen.

	Nein	Ja	Jahresbetrag (Volle Euro)
Instandhaltungskosten bzw. Reparaturen	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	→ <input type="text"/>

44 Wie hoch sind aktuell die monatlichen Wohnkosten (einschließlich Zinsen für Kredite) für die selbstbewohnte Wohnung/für das selbstbewohnte Einfamilienhaus insgesamt?

i Bitte berücksichtigen Sie die Ausgaben für Zinsen von Krediten, für Grundsteuer, für Schadens- oder Wohngebäudeversicherung, Müllabfuhr, Wasserverbrauch und Abwasser, Schornsteinfeger, Straßenreinigung, Heizung, Gas und Strom, werterhaltende Instandhaltungsmaßnahmen und im Falle von selbst bewohnten Eigentumswohnungen das Hausgeld.

Rechnen Sie bitte alle Wohnkosten in monatliche Beträge um und summieren Sie anschließend die Monatsbeträge.

Monatliche Wohnkosten Volle Euro

freiwillig

MUSTER

45 Wie hoch sind darunter die monatlichen Betriebs- und Nebenkosten (ohne Ausgaben für Zinsen)?

i Bitte berücksichtigen Sie Ausgaben für Schadens- oder Wohngebäudeversicherung, Müllabfuhr, Wasserverbrauch und Abwasser, Schornsteinfeger, Straßenreinigung, Heizung, Gas und Strom und im Falle von Eigentümergemeinschaften das Hausgeld.

Monatliche Betriebs- und Nebenkosten

Volle Euro

→ 53

46 Bitte geben Sie ein Haushaltsmitglied an, das den Mietvertrag unterschrieben hat.

i Lebt die Person, die den Mietvertrag unterschrieben hat, nicht in Ihrem Haushalt, tragen Sie bitte die Personnummer der ältesten Person in Ihrem Haushalt als Mieter/-in ein.

Person hat die Nummer (siehe Namenslasche)

47 Welchen Gesamtbetrag zahlen Sie monatlich an Ihre Vermieterin/Ihren Vermieter, Ihre Hausverwaltung?

i Verwenden Sie bitte zur Beantwortung dieser und der folgenden Fragen Ihren Mietvertrag und Ihre Nebenkostenabrechnung.

In Wohngemeinschaften (WG) gibt jedes WG-Mitglied den Betrag an, den sie/er selbst anteilig bezahlt.

Siehe auch S. 115:

- 2** „Hauptmieterin/Hauptmieter mit Untervermietung“ und
- 3** „Übernahme der Miete bei Hartz-IV-Empfängerinnen/Hartz-IV-Empfängern“.

Monatlicher Gesamtbetrag

Volle Euro

48 Enthält dieser monatliche Gesamtbetrag an Ihre Vermieterin/Ihren Vermieter, Ihre Hausverwaltung Nebenkosten?

i **Zu den Nebenkosten** zählen umgelegte Kosten für die Wasserversorgung, Müllabfuhr, Straßenreinigung, Haus- und Hausmeisterservice, Hausverwaltung, Gartenpflege, Treppenhausbeleuchtung/-reinigung, Aufzug, Kabelanschluss, Grundsteuer, Gebäudeversicherung.

Hierzu zählen nicht Telefon- und Rundfunkgebühren, Garagen oder Einstellplätze, Strom für die Beleuchtung, für den Betrieb von Haushaltsgeräten, Fernsehgeräten oder Ähnliches.

Ja 1

Ja, aber die Nebenkosten sind nicht ausgewiesen. 7 → 52

Nein 8 → 52

MUSTER

49 Wie hoch sind diese monatlichen Nebenkosten?

Monatsbetrag

Volle Euro

50 Wie hoch sind davon die monatlichen Betriebskosten („kalte“ Nebenkosten ohne Heizung und Warmwasser)?

Monatsbetrag

Volle Euro

51 Wie hoch sind davon die monatlichen Nebenkosten für Heizung und Warmwasser („warme“ Nebenkosten)?

Monatsbetrag

Volle Euro

52 Haben Sie darüber hinaus zusätzliche Wohnkosten, die nicht an Ihren Vermieter/Ihre Vermieterin/Ihre Hausverwaltung gezahlt werden?

i Dies umfasst Versorgungsverträge für Strom, Gas und Wasser, die direkt mit den Versorgern abgeschlossen werden, sowie werterhaltende Instandhaltungskosten bzw. (kleinere) Reparaturen der letzten 12 Monate, die nicht durch den Vermieter/die Vermieterin übernommen werden.

Mögliche Jahresbeträge sind auf den Monat umzulegen.

Ja, und zwar in Höhe eines durchschnittlichen Monatsbetrages von

Volle Euro

Nein

MUSTER

53 War Ihr Haushalt in den letzten 12 Monaten bei folgenden Ausgaben im Zahlungsrückstand?

Kreuzen Sie bitte je Ausgabenart nur eine Antwort an.

Miete für die selbst bewohnte Wohnung oder das selbst bewohnte Haus

- Ja, einmal 1
- Ja, mehrmals 2
- Nein 8
- Trifft nicht zu, Haushalt hat keine Ausgaben dieser Art. 9

Zinsen und/oder Tilgung von Hypotheken für die selbst bewohnte Wohnung oder das selbst bewohnte Haus

- Ja, einmal 1
- Ja, mehrmals 2
- Nein 8
- Trifft nicht zu, Haushalt hat keine Ausgaben dieser Art. 9

Zinsen und/oder Tilgung von Konsum- oder Verbraucherkrediten für z. B. Auto oder Möbel (ohne Überziehungskredit für das Girokonto)

- Ja, einmal 1
- Ja, mehrmals 2
- Nein 8
- Trifft nicht zu, Haushalt hat keine Ausgaben dieser Art. 9

Rechnungen für Strom, Heizkosten oder Wasser

- Ja, einmal 1
- Ja, mehrmals 2
- Nein 8
- Trifft nicht zu, Haushalt hat keine Ausgaben dieser Art. 9

54 Gibt es folgende Dinge in Ihrem Haushalt?

Einen Computer (auch Laptop, Notebook, Tablet-PC oder Ähnliches)

- Ja 1
- Nein, der Haushalt kann es sich nicht leisten. 2
- Nein, aus anderen Gründen 3

Ein Auto (kein Firmen-/Dienstwagen)

- Ja 1
- Nein, der Haushalt kann es sich nicht leisten. 2
- Nein, aus anderen Gründen 3

55 Was kann sich Ihr Haushalt finanziell leisten?

Mindestens eine Woche pro Jahr Urlaub woanders als zu Hause zu verbringen (auch Urlaub bei Freunden/Verwandten oder in der eigenen Ferienunterkunft).

Ja 1

Nein 8

Jeden zweiten Tag eine Mahlzeit mit Fleisch, Geflügel oder Fisch oder eine hochwertige vegetarische Mahlzeit zu essen.

Ja 1

Nein 8

Unerwartet anfallende Ausgaben in Höhe von mindestens 1 150 Euro aus eigenen Finanzmitteln zu bestreiten.

Ja 1

Nein 8

Die Wohnung angemessen warm zu halten.

Ja 1

Nein 8

56 Können Sie in Ihrem Haushalt Möbel (Bett, Sofa, Kommode, Schrank) ersetzen, wenn diese abgenutzt oder beschädigt sind?

Ja 1

Nein, der Haushalt kann es sich nicht leisten 2

Nein, aus anderen Gründen 3

Muster

57 Wie kommt Ihr Haushalt mit dem monatlichen Einkommen zurecht?

i Beziehen Sie die Einkommen aller Haushaltsmitglieder mit ein.

Kreuzen Sie bitte nur eine Antwort an.

Sehr schlecht 1

Schlecht 2

Relativ schlecht 3

Relativ gut 4

Gut 5

Sehr gut 6

freiwillig

**58 Zahlt Ihr Haushalt Konsum- oder Verbraucher-
kredite zurück, die nicht der Finanzierung von
selbst genutztem Wohneigentum dienen?**

- Ja 1
- Nein 8 → 60

**59 Wenn Sie die Rückzahlung dieser Kredite
einschließlich Zinsen betrachten, welche der
folgenden Aussagen trifft zu?**

- Die Rückzahlung ist eine große Belastung. 1
- Die Rückzahlung ist eine gewisse Belastung. 2
- Die Rückzahlung ist keine Belastung. 3

Einkommenssituation des Haushalts im Jahr 2020

Erhaltene Leistungen für Kinder im Jahr 2020

**60 Hat Ihr Haushalt im Jahr 2020 Kindergeld für
Kinder erhalten, die im Haushalt lebten?**

- Ja 1
- Nein 8 → 62
- Trifft nicht zu, Haushaltsmitglieder haben keine
Kinder. 9 → 71

**61 Für wie viele Kinder, die im Haushalt lebten, hat
Ihr Haushalt im Jahr 2020 Kindergeld erhalten?**

Anzahl Kinder

**62 Hat Ihr Haushalt im Jahr 2020 Kindergeld für
Kinder erhalten, die nicht im Haushalt lebten?**

- Ja 1
- Nein 8 → 64

**63 Für wie viele Kinder, die nicht im Haushalt
lebten, hat Ihr Haushalt im Jahr 2020 Kindergeld
erhalten?**

Anzahl Kinder

**64 Hat Ihr Haushalt im Jahr 2020 für im Haushalt
lebende Kinder einen Kinderzuschlag von der
Familienkasse der Agentur für Arbeit erhalten?**

- Ja 1
- Nein 8 → 66

65 Für welche der Kinder hat Ihr Haushalt im Jahr 2020 einen Kinderzuschlag erhalten?

Bitte tragen Sie bei jedem Kind ein, für wie viele Monate der Kinderzuschlag bezogen wurde und wie hoch der Monatsbetrag war.

Anzahl der Monate
 Betrag pro Monat (Volle Euro)

Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
<input type="text"/>				
<input type="text"/>				

66 Hat Ihr Haushalt im Jahr 2020 einen Unterhaltsvorschuss für Kinder, die im Haushalt leben, erhalten?

Ja 1
 Nein 8 → 68

67 Für welche der Kinder hat Ihr Haushalt im Jahr 2020 einen Unterhaltsvorschuss erhalten?

Bitte tragen Sie bei jedem Kind ein, für wie viele Monate Unterhaltsvorschuss bezogen wurde.

Anzahl der Monate

Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
<input type="text"/>				

68 Hat Ihr Haushalt im Jahr 2020 Pflegegeld für Pflegekinder oder für pflegebedürftige Kinder nach SGB XI, die im Haushalt leben, erhalten?

Ja 1
 Nein 8 → 70

69 Für welche der Kinder hat Ihr Haushalt im Jahr 2020 Pflegegeld erhalten?

Bitte tragen Sie bei jedem Kind ein, für wie viele Monate Pflegegeld bezogen wurde und wie hoch der Monatsbetrag war.

Anzahl der Monate

Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
<input type="text"/>				

freiwillig

Betrag pro Monat (Volle Euro)

<input type="text"/>				
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

70 Hat Ihr Haushalt im Jahr 2020 Leistungen für Bildung und Teilhabe, Zuschüsse zum Schulbedarf und zu Schulausflügen erhalten?

Ja, einen Jahresbetrag von Volle Euro
 Nein 8

Einkommen aus öffentlichen Leistungen im Jahr 2020

71 Hat Ihr Haushalt im Jahr 2020 folgende öffentliche Leistungen erhalten?

i Geben Sie bitte bei den erhaltenen Leistungen die Anzahl der Monate und den durchschnittlichen Monats- oder den Jahresbetrag an.

	Nein	Ja	Anzahl Monate	Monatsbetrag (Volle Euro)	Jahresbetrag (Volle Euro)
Arbeitslosengeld II (Hartz IV), Sozialgeld, Kosten der Unterkunft	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	→ <input type="text"/>	<input type="text"/>	oder <input type="text"/>
freiwillig darunter: Kosten der Unterkunft	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	→ <input type="text"/>	<input type="text"/>	oder <input type="text"/>
Sozialhilfe oder laufende Hilfe zum Lebensunterhalt	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	→ <input type="text"/>	<input type="text"/>	oder <input type="text"/>
Grundsicherung im Alter oder bei Erwerbsminderung	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	→ <input type="text"/>	<input type="text"/>	oder <input type="text"/>
Wohngeld als Miet- und Lastenausgleich (nicht Kosten der Unterkunft)	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	→ <input type="text"/>	<input type="text"/>	oder <input type="text"/>

Weitere Einkommen des Haushalts im Jahr 2020

72 Hat Ihr Haushalt oder ein Haushaltsmitglied im Jahr 2020 folgende Einkommen erhalten?

i Geben Sie bitte bei den erhaltenen Leistungen die Anzahl der Monate und den durchschnittlichen Monats- oder Jahresbetrag an.

	Nein	Ja	Anzahl Monate	Monatsbetrag (Volle Euro)	Jahresbetrag (Volle Euro)
Unterhaltszahlungen von Personen, die im Jahr 2020 nicht im Haushalt lebten.	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	→ <input type="text"/>	<input type="text"/>	oder <input type="text"/>
Sonstige regelmäßige Zahlungen von Personen, die im Jahr 2020 nicht im Haushalt lebten.	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	→ <input type="text"/>	<input type="text"/>	oder <input type="text"/>

73 Hat Ihr Haushalt Einnahmen aus Vermietung oder Verpachtung (Einnahmen abzüglich Ausgaben für Instandhaltung oder evtl. Kreditzinsen)?

	Nein	Ja	Anzahl Monate	Bruttobetrag pro Monat (Volle Euro)	Jahresbruttobetrag (Volle Euro)
Einkommen aus Vermietung und Verpachtung	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	→ <input type="text"/>	<input type="text"/>	oder <input type="text"/>

74 Hat Ihr Haushalt im Jahr 2020 Einkommen aus Wert- oder Sparanlagen (Kapitalvermögen) erhalten?

i Gemeint sind z. B. Zinsen von Sparkonten, Bausparverträgen sowie Dividenden und Gewinne von Wertpapieren, Aktien, Fonds oder von Betriebsvermögen (Unternehmensbeteiligungen).

Ja	1 <input type="checkbox"/>
Nein	8 <input type="checkbox"/> → 76

75 Wie hoch waren die Einkommen aus diesen Wert- oder Sparanlagen (Kapitalvermögen) im Jahr 2020?

Summieren Sie bitte alle Einkommensbeträge in Netto (nach eventuellen Abzug von Steuern) der einzelnen Haushaltsmitglieder auf und ordnen Sie die Summe einer der folgenden Klassen zu:

- Unter 250 Euro 1
- 250 bis unter 1 000 Euro 2
- 1 000 bis unter 2 500 Euro 3
- 2 500 bis unter 5 000 Euro 4
- 5 000 bis unter 10 000 Euro 5
- 10 000 Euro oder mehr 6

76 Haben in Ihrem Haushalt Kinder, die am 31.12.2020 15 Jahre oder jünger waren, im Jahr 2020 ein Einkommen aus eigener Erwerbstätigkeit erhalten?

- Ja 1
- Nein 8 → 78

77 Welches Kind hat im Jahr 2020 Einkommen aus eigener Erwerbstätigkeit erzielt?

i Bitte geben Sie bei jedem Kind mit Einkommen aus Erwerbstätigkeit die Anzahl der Monate und den Betrag pro Monat oder den Jahresbetrag an.

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Anzahl der Monate	<input type="text"/>				
Monatsbetrag (Volle Euro)	<input type="text"/>				
oder					
Jahresbetrag (Volle Euro)	<input type="text"/>				

78 Haben Kinder, die am 31.12.2020 15 Jahre oder jünger waren und im Haushalt lebten, Waisenrente/-geld erhalten?

- Ja 1
- Nein 8 → 80

79 Welches Kind hat im Jahr 2020 eine Waisenrente oder Waisengeld erhalten?

i Bitte geben Sie bei jedem Kind mit Waisenrente/-geld die Anzahl der Monate und den Betrag pro Monat oder den Jahresbetrag an.

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Anzahl der Monate	<input type="text"/>				
Monatsbetrag (Volle Euro)	<input type="text"/>				
oder					
Jahresbetrag (Volle Euro)	<input type="text"/>				

freiwillig

80 **Hat Ihr Haushalt im Jahr 2020 Nahrungsmittel im eigenen Garten oder mit eigener Kleintierhaltung für den Eigenbedarf produziert?**

Ja 1
Nein 8 → 82

81 **Schätzen Sie bitte den Jahresbetrag, den Sie bezahlt hätten, wenn Sie diese Nahrungsmittel hätten kaufen müssen.**

Unter 50 Euro 1
50 bis unter 100 Euro 2
100 bis unter 200 Euro 3
200 bis unter 300 Euro 4
300 Euro oder mehr 5

Geleistete Zahlungen im Jahr 2020

82 **Hat Ihr Haushalt im Jahr 2020 Grundsteuer für Grundbesitz bezahlt?**

i Zum Grundbesitz gehören alle selbst genutzten und vermieteten/verpachteten Wohnungen, Häuser oder Grundstücke für die private Nutzung.

Ja 1
Nein 8 → 83

83 **Wie hoch war die im Jahr 2020 gezahlte Grundsteuer für Ihre selbst genutzte Hauptwohnung.**

Jahresbetrag Volle Euro
Trifft nicht zu, Haushalt ist nicht Eigentümer der Hauptwohnung. 8

freiwillig

84 **Wie hoch war die im Jahr 2020 gezahlte Grundsteuer für Ihren weiteren Grundbesitz (z. B. Zweitwohnungen, Ferienwohnungen und vermieteter/verpachteter Grundbesitz)?**

Jahresbetrag Volle Euro
Trifft nicht zu, Haushalt hat keinen weiteren Grundbesitz. 8

85 **Zahlte Ihr Haushalt im Jahr 2020 Kredite (Abzahlung von Hypotheken und Bauspardarlehen) für die selbst bewohnte Wohnung/ das selbst bewohnte Haus zurück?**

Ja 1
Nein 8 → 87

MUSTER

86 In welcher Höhe zahlte Ihr Haushalt im Jahr 2020 Kredite (Abzahlung von Hypotheken und Bauspardarlehen) für die selbst bewohnte Wohnung/ das selbst bewohnte Haus zurück?

i Entnehmen Sie die Beträge dem Kreditlaufplan oder dem Kontoauszug. Wenn Sie einen Kredit für mehrere Wohnungen im Haus zurückzahlen, geben Sie bitte nur für die selbst bewohnte Wohnung den Anteil am Gesamtkredit an. Geben Sie bitte den durchschnittlichen Monatsbetrag an.

Monatsbetrag Zinsen und Tilgung

Volle Euro

darunter: Monatsbetrag Zinsen

87 Hat Ihr Haushalt im Jahr 2020 eine der folgenden genannten Zahlungen geleistet?

i Sollten mehrere Personen aus Ihrem Haushalt Zahlungen an Personen geleistet haben, die außerhalb Ihres Haushalts lebten, rechnen Sie bitte alle Beträge zusammen.

	Nein	Ja	Anzahl Monate	Monatsbetrag (Volle Euro)	Jahresbetrag (Volle Euro)
Unterhaltszahlungen an Personen, die nicht im Haushalt lebten.	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	→ <input type="text"/>	<input type="text"/>	oder <input type="text"/>
Sonstige regelmäßige Zahlungen an Personen, die nicht im Haushalt lebten.	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	→ <input type="text"/>	<input type="text"/>	oder <input type="text"/>

Informations- und Kommunikationstechnologie im Haushalt

88 Hat Ihr Haushalt einen Internetzugang?

i Gemeint ist die Möglichkeit, **zu Hause** ins Internet zu gelangen.

Der Zugang zum Internet kann dabei sowohl über stationäre (z. B. Desktop-Computer) als auch über mobile Endgeräte (z. B. Smartphone) erfolgen.

Ja	1 <input type="checkbox"/>
Nein	8 <input type="checkbox"/>
Ich weiß es nicht.	7 <input type="checkbox"/>

Kindertagesbetreuung

89 Lebt in Ihrem Haushalt mindestens ein Kind im Alter von 14 Jahren oder jünger?

Ja
 Nein → 92

90 Bitte geben Sie bei jedem Kind im Alter von 14 Jahren oder jünger die Art der Betreuung in den 12 Monaten vor der Berichtswoche an.

Kreuzen Sie bitte alle zutreffenden Arten an.

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Kindertagesstätte (Kindergarten, Kinderkrippe) 1	<input type="checkbox"/>				
Tagesmutter/Tagesvater 2	<input type="checkbox"/>				
Au-Pair, Babysitter/-in 3	<input type="checkbox"/>				
Vorschulische Einrichtung (z. B. Vorklassen, Schulkindergarten, Vorschulklassen) 4	<input type="checkbox"/>				
Betreuung für Schulkinder vor/nach dem Unterricht (z. B. Hort, betreute Grundschule) 5	<input type="checkbox"/>				
Verwandte, Freunde, Nachbarn 6	<input type="checkbox"/>				
Keine der genannten Kategorien trifft zu. 7	<input type="checkbox"/> → 92				

91 Bitte geben Sie nun bei jedem Kind im Alter von 14 Jahren oder jünger die Art der Betreuung in den 4 Wochen vor der Berichtswoche an.

Kreuzen Sie bitte alle zutreffenden Arten an.

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Kindertagesstätte (Kindergarten, Kinderkrippe) 1	<input type="checkbox"/>				
Tagesmutter/Tagesvater 2	<input type="checkbox"/>				
Au-Pair, Babysitter/-in 3	<input type="checkbox"/>				
Vorschulische Einrichtung (z. B. Vorklassen, Schulkindergarten, Vorschulklassen) 4	<input type="checkbox"/>				
Betreuung für Schulkinder vor/nach dem Unterricht (z. B. Hort, betreute Grundschule) 5	<input type="checkbox"/>				
Verwandte, Freunde, Nachbarn 6	<input type="checkbox"/>				
Keine der genannten Kategorien trifft zu. 7	<input type="checkbox"/>				

92 Ist diese Wohnung für mindestens eine Person im Haushalt, die am 31.12.2020 16 Jahre oder älter war, der Hauptwohnsitz?

Ja
 Nein → 120

93 Lebt in Ihrem Haushalt mindestens ein Kind im Alter von 12 Jahren oder jünger?

Ja
 Nein → 96

MUSTER

94 Wie viele Stunden wird das Kind in einer üblichen Woche betreut oder besucht die Schule?

Bitte geben Sie für jedes Kind im Alter von 12 Jahren oder jünger und für jede zutreffende Betreuungsform die volle Stundenzahl an.

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Kindertagesstätte (Kindergarten, Kinderkrippe)	<input type="text"/>				
Tagesmutter/Tagesvater	<input type="text"/>				
Au-Pair, Babysitter/-in	<input type="text"/>				
Vorschulische Einrichtung (z. B. Vorklassen, Schulkindergarten, Vorschulklassen)	<input type="text"/>				
Schule (auch Pausen und Freistunden)	<input type="text"/>				
Betreuung für Schulkinder vor/nach dem Unterricht (z. B. Hort, betreute Grundschule)	<input type="text"/>				
Verwandte, Freunde, Nachbarn	<input type="text"/>				
Trifft nicht zu, Kind geht noch nicht zur Schule und wird nur durch Eltern betreut. 8	<input type="checkbox"/>				

95 Wie viele Stunden insgesamt wird das Kind in einer üblichen Woche betreut (Summe der Stunden der Betreuungsformen aus Frage 94)?

Bitte geben Sie für jedes Kind im Alter von 12 Jahren oder jünger die volle Stundenzahl an.

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Anzahl der Stunden pro Woche	<input type="text"/>				
Trifft nicht zu, Kind geht noch nicht zur Schule und wird nur durch Eltern betreut. 0	<input type="checkbox"/>				

MUSTER

Gesundheit und persönliche Lebenssituation von Kindern unter 16 Jahren

96 Lebt in Ihrem Haushalt mindestens ein Kind, das am 31.12.2020 15 Jahre oder jünger war?

- Ja
- Nein → 109

97 Wie ist der Gesundheitszustand des Kindes im Allgemeinen?

Geben Sie bitte für jedes Kind, das am 31.12.2020 15 Jahre oder jünger war, den Gesundheitszustand an.

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Sehr gut 1	<input type="checkbox"/>				
Gut 2	<input type="checkbox"/>				
Mittelmäßig 3	<input type="checkbox"/>				
Schlecht 4	<input type="checkbox"/>				
Sehr schlecht 5	<input type="checkbox"/>				

98 Ist das Kind in irgendeiner Art und Weise gesundheitlich eingeschränkt oder daran gehindert, Dinge zu tun, die die meisten gleichaltrigen Kinder tun können?

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Ja	1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nein	8 <input type="checkbox"/> → 101	<input type="checkbox"/> → 101			

99 Wie stark ist das Kind bei seinen Tätigkeiten, die die meisten gleichaltrigen Kinder tun können, eingeschränkt?

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Stark eingeschränkt	1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mäßig eingeschränkt	2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

100 Wie lange dauert die Einschränkung Ihres Kindes bereits an?

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Weniger als 6 Monate	1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 Monate oder länger	2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

101 Haben Kinder in Ihrem Haushalt in den vergangenen 12 Monaten ein- oder mehrmals eine zahnmedizinische oder kieferorthopädische Untersuchung oder Behandlung unbedingt benötigt?

Ja	1 <input type="checkbox"/>
Nein, kein Bedarf an Untersuchung oder Behandlung.	8 <input type="checkbox"/> → 104

102 Haben die Kinder die benötigten Untersuchungen oder Behandlungen jedes Mal erhalten?

Ja	1 <input type="checkbox"/> → 104
Nein, mindestens einmal eine benötigte Untersuchung oder Behandlung nicht erhalten.	8 <input type="checkbox"/>

103 Was war der wichtigste Grund, die zahnmedizinische oder kieferorthopädische Untersuchung oder Behandlung nicht in Anspruch zu nehmen?

Wenn mehrere Gründe zutreffen, kreuzen Sie bitte den Hauptgrund an.

Der Haushalt konnte sie sich nicht leisten (zu teuer).	1 <input type="checkbox"/>
Die Wartezeit für einen Termin oder eine Behandlung war zu lang.	2 <input type="checkbox"/>
Keine Zeit aufgrund von beruflichen Verpflichtungen oder familiären Pflichten.	3 <input type="checkbox"/>
Der Weg war zu weit./Es gab keine Fahrgelegenheit.	4 <input type="checkbox"/>
Sonstige Gründe	5 <input type="checkbox"/>

104 Haben Kinder in Ihrem Haushalt in den vergangenen 12 Monaten ein- oder mehrmals eine ärztliche Untersuchung oder Behandlung unbedingt benötigt?

Ja 1

Nein, kein Bedarf an Untersuchung oder Behandlung 8 → 107

105 Haben die Kinder die benötigten Untersuchungen oder Behandlungen jedes Mal erhalten?

Ja 1 → 107

Nein, mindestens einmal eine benötigte Untersuchung oder Behandlung nicht erhalten. 8

106 Was war der wichtigste Grund, die ärztliche Untersuchung oder Behandlung nicht in Anspruch zu nehmen?

Wenn mehrere Gründe zutreffen, kreuzen Sie bitte den Hauptgrund an.

Der Haushalt konnte sie sich nicht leisten (zu teuer). 1

Die Wartezeit für einen Termin oder eine Behandlung war zu lang. 2

Keine Zeit aufgrund von beruflichen Verpflichtungen oder familiären Pflichten. 3

Der Weg war zu weit./Es gab keine Fahrgelegenheit. 4

Sonstiger Grund 5

MUSTER

107 Welche Aussagen treffen auf die Kinder in Ihrem Haushalt zu, die am 31.12.2020 15 Jahre oder jünger waren?

Alle Kinder besitzen einige neue Kleidungsstücke (nicht nur Second-Hand Kleidung).

- Ja 1
- Nein, aus finanziellen Gründen 2
- Nein, aus anderen Gründen 3

Alle Kinder besitzen mindestens zwei Paar passende Schuhe für den täglichen Bedarf, die im guten Zustand sind.

- Ja 1
- Nein, aus finanziellen Gründen 2
- Nein, aus anderen Gründen 3

Alle Kinder essen täglich frisches Obst und Gemüse.

- Ja 1
- Nein, aus finanziellen Gründen 2
- Nein, aus anderen Gründen 3

Alle Kinder essen täglich eine Mahlzeit mit Fleisch, Geflügel oder Fisch oder eine hochwertige vegetarische Mahlzeit.

- Ja 1
- Nein, aus finanziellen Gründen 2
- Nein, aus anderen Gründen 3

Für alle Kinder gibt es altersgerechte Bücher im Haushalt.

- Ja 1
- Nein, aus finanziellen Gründen 2
- Nein, aus anderen Gründen 3

Für alle Kinder gibt es Sport- oder Freizeitgeräte für draußen (z. B. Fahrräder, Roller, Inline-Skates).

- Ja 1
- Nein, aus finanziellen Gründen 2
- Nein, aus anderen Gründen 3

Für alle Kinder gibt es Spielzeug oder Spiele für drinnen (z. B. Babyspielzeug, Bausteine, Brettspiele, Computerspiele).

- Ja 1
- Nein, aus finanziellen Gründen 2
- Nein, aus anderen Gründen 3

Muster

Frage 107: Alle Kinder gehen einer regelmäßigen Freizeitbeschäftigung nach (z. B. Sport treiben [Kinderturnen, Fußball, Schwimmen usw.], Musikunterricht, Sportveranstaltungen, Kino).

- Ja 1
- Nein, aus finanziellen Gründen 2
- Nein, aus anderen Gründen 3

Mit allen Kindern werden Feste zu besonderen Anlässen (z. B. Geburtstage, Namenstage oder religiöse Feste) gefeiert.

- Ja 1
- Nein, aus finanziellen Gründen 2
- Nein, aus anderen Gründen 3

Alle Kinder laden von Zeit zu Zeit Freunde zum Spielen oder zum Essen ein.

- Ja 1
- Nein, aus finanziellen Gründen 2
- Nein, aus anderen Gründen 3

Alle Kinder verbringen mindestens eine Woche pro Jahr Urlaub woanders als zu Hause (auch Urlaub bei Freunden/Verwandten oder in der eigenen Ferienunterkunft).

- Ja
- Nein, aus finanziellen Gründen 2
- Nein, aus anderen Gründen 3

MUSTER

freiwillig

108 Welche Aussagen treffen auf die Schulkinder zu?

Alle Schulkinder nehmen an Schulfahrten, Schulausflügen oder Schulveranstaltungen, die Geld kosten, teil.

- Ja 1
- Nein, aus finanziellen Gründen 2
- Nein, aus anderen Gründen 3
- Trifft nicht zu, im Haushalt leben keine Schulkinder. 9

Alle Schulkinder haben zu Hause einen geeigneten Platz zum Lernen oder für Hausaufgaben.

- Ja 1
- Nein, aus finanziellen Gründen 2
- Nein, aus anderen Gründen 3
- Trifft nicht zu, im Haushalt leben keine Schulkinder. 9

freiwillig

109 Lebt in Ihrem Haushalt mindestens ein Kind im Alter von 17 Jahren oder jünger?

Ja

Nein → 116

110 Hat das Kind in Ihrem Haushalt einen eigenen Platz zum Schlafen (hierzu zählt auch ein mit Geschwistern geteiltes Schlafzimmer)?

i Geben Sie bitte für jedes Kind im Alter von 17 Jahren oder jünger die zutreffende Antwort an.

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Ja 1	<input type="checkbox"/>				
Nein, der Haushalt kann es sich nicht leisten. 2	<input type="checkbox"/>				
Nein, aus anderen Gründen 3	<input type="checkbox"/>				

111 Wie häufig verbringen Sie aktiv Zeit mit dem Kind (z. B. bei Mahlzeiten, Spielen, Hausaufgaben, Spaziergängen, Gesprächen usw.)?

i Gemeint ist die gemeinsame Zeit, die Sie als Elternteil oder Erziehungsberechtigte/-r mit dem Kind verbringen. Geben Sie bitte für jedes Kind im Alter von 17 Jahren oder jünger die Häufigkeit der gemeinsamen Zeit an.

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Mehrmals am Tag 1	<input type="checkbox"/>				
1-mal am Tag 2	<input type="checkbox"/>				
Mindestens 1-mal in der Woche 3	<input type="checkbox"/>				
Mehrmals im Monat 4	<input type="checkbox"/>				
1-mal im Monat 5	<input type="checkbox"/>				
Weniger als 1-mal im Monat 6	<input type="checkbox"/>				
Nie 7	<input type="checkbox"/>				

112 Haben Kinder im Alter von 17 Jahren oder jünger, die im Haushalt leben, einen Elternteil, der außerhalb des Haushalts lebt?

i Kinder, deren beide Elternteile nicht im Haushalt leben, zählen nicht dazu.

Ja 1

Nein 8 → 116

113 Wie viele Kinder im Alter von 17 Jahren oder jünger haben einen Elternteil, der außerhalb des Haushalts lebt?

i Kinder, deren beide Elternteile nicht im Haushalt leben, zählen nicht dazu.

Anzahl der Kinder

114 Wie viele Nächte pro Monat übernachtet das Kind, dessen Mutter oder Vater nicht im Haushalt lebt, normalerweise bei Ihnen im Haushalt?

i Geben Sie bitte die Zahl der Nächte je Monat für jedes dieser Kinder an.

Anzahl der Nächte pro Monat

Trifft nicht zu (Kind hat keinen Elternteil, der außerhalb des Haushalts lebt)

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Anzahl der Nächte pro Monat	<input type="text"/>				
Trifft nicht zu (Kind hat keinen Elternteil, der außerhalb des Haushalts lebt)	<input type="checkbox"/>				

115 Wer hat das Sorgerecht für das Kind, dessen Mutter oder Vater nicht im Haushalt lebt?

i Geben Sie bitte für jedes Kind die zutreffende Antwort an.

Nur Mutter

Nur Vater

Beide Elternteile zusammen

Andere (z. B. Großeltern, andere Verwandte, Jugendamt)

Trifft nicht zu (Kind hat keinen Elternteil, der außerhalb des Haushalts lebt)

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Nur Mutter	<input type="checkbox"/>				
Nur Vater	<input type="checkbox"/>				
Beide Elternteile zusammen	<input type="checkbox"/>				
Andere (z. B. Großeltern, andere Verwandte, Jugendamt)	<input type="checkbox"/>				
Trifft nicht zu (Kind hat keinen Elternteil, der außerhalb des Haushalts lebt)	<input type="checkbox"/>				

116 Haben Personen im Haushalt Kinder im Alter von 17 Jahren oder jünger, die außerhalb des Haushalts leben?

Ja

Nein

→ 118

117 Wie viele Kinder im Alter von 17 Jahren oder jünger, deren Eltern oder ein Elternteil zum Haushalt gehören, leben außerhalb des Haushalts?

i Kinder, deren beide Elternteile nicht im Haushalt leben, zählen nicht dazu.

Anzahl der Kinder

Beteiligung an der Erhebung

118 Hat ein Haushaltsmitglied die Fragen 1 bis 117 beantwortet?

Ja, und zwar die Person mit der Nummer (siehe Namensflasche)

Nein

119 Wie viele Minuten wurden benötigt, diesen Teil des Fragebogens zu beantworten?

Anzahl der Minuten

120 Sind Sie in Deutschland geboren?

i Der Geburtsort ist auch dann Deutschland, wenn

- der Geburtsort zum Zeitpunkt der Geburt zu Deutschland gehörte, heute aber nicht mehr zum Staatsgebiet von Deutschland gehört (z. B. Breslau vor 1945);
- der Geburtsort zum heutigen Staatsgebiet von Deutschland gehört, zum Zeitpunkt der Geburt aber nicht (z. B., wenn die Person im Zeitraum von 1949 bis 1990 in Dresden – damals DDR – oder von 1947 bis 1956 in Saarbrücken – damals Frankreich – geboren wurde).

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Ja	1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nein	8 <input type="checkbox"/> → 122	<input type="checkbox"/> → 122			

121 Liegt Ihr Geburtsort auf dem heutigen Staatsgebiet der Bundesrepublik Deutschland?

i Der Begriff „Heutiges Staatsgebiet“ meint die heutigen Staatsgrenzen der Bundesrepublik Deutschland (Gebietsstand seit dem 03.10.1990).

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Ja	1 <input type="checkbox"/> → 125	<input type="checkbox"/> → 125			
Nein	8 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

122 In welchem heutigen Staat liegt Ihr Geburtsort?

Person 1

Person 2

Person 3

Person 4

Person 5

MUSTER

123 Wann sind Sie (erstmal) auf das heutige Staatsgebiet der Bundesrepublik Deutschland zugezogen?

i Siehe auch S. 115: **4** „Heutiges Staatsgebiet“.

Jahr	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
	<input type="text"/>				

124 Was war der wichtigste Grund für Ihren Zuzug auf das heutige Staatsgebiet der Bundesrepublik Deutschland?

Wenn mehrere Gründe zutreffen, kreuzen Sie bitte den Hauptgrund an.

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Arbeit/Beschäftigung: Arbeitsstelle bereits vor der Einreise gefunden 1	<input type="checkbox"/>				
Arbeit/Beschäftigung: keine Arbeitsstelle vor der Einreise gefunden 2	<input type="checkbox"/>				
Studium bzw. andere Aus- und Weiterbildung 3	<input type="checkbox"/>				
Mit einem Familienmitglied eingereist oder einem Familienmitglied gefolgt (Familienzusammenführung) 4	<input type="checkbox"/>				
Heirat/Partnerschaft mit einer in Deutschland lebenden Person (Familiengründung) 5	<input type="checkbox"/>				
Flucht, Verfolgung, Vertreibung, Asyl 6	<input type="checkbox"/>				
EU-Freizügigkeit: Wunsch nach Niederlassung in Deutschland 7	<input type="checkbox"/>				
Ruhestand 8	<input type="checkbox"/>				
Anderer Hauptgrund 9	<input type="checkbox"/>				

125 Welche Sprache bzw. welche Sprachen sprechen Sie zu Hause?

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Ich spreche zu Hause nur Deutsch. 1	<input type="checkbox"/> → 127				
Ich spreche zu Hause Deutsch und mindestens eine andere Sprache. 2	<input type="checkbox"/>				
Ich spreche zu Hause nicht Deutsch, sondern eine andere Sprache bzw. andere Sprachen. 3	<input type="checkbox"/>				

MUSTER

126 Welche Sprache sprechen Sie vorwiegend zu Hause?

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Albanisch	<input type="checkbox"/>				
Arabisch	<input type="checkbox"/>				
Bosnisch	<input type="checkbox"/>				
Bulgarisch	<input type="checkbox"/>				
Chinesisch	<input type="checkbox"/>				
Dänisch	<input type="checkbox"/>				
Deutsch	<input type="checkbox"/>				
Englisch	<input type="checkbox"/>				
Französisch	<input type="checkbox"/>				
Griechisch	<input type="checkbox"/>				
Italienisch	<input type="checkbox"/>				
Kroatisch	<input type="checkbox"/>				
Kurdisch	<input type="checkbox"/>				
Mazedonisch	<input type="checkbox"/>				
Niederländisch	<input type="checkbox"/>				
Paschtu	<input type="checkbox"/>				
Persisch	<input type="checkbox"/>				
Polnisch	<input type="checkbox"/>				
Portugiesisch	<input type="checkbox"/>				
Rumänisch	<input type="checkbox"/>				
Russisch	<input type="checkbox"/>				
Serbisch	<input type="checkbox"/>				
Spanisch	<input type="checkbox"/>				
Türkisch	<input type="checkbox"/>				
Ungarisch	<input type="checkbox"/>				
Vietnamesisch	<input type="checkbox"/>				
Eine andere in Europa gesprochene Sprache	<input type="checkbox"/>				
Eine andere in Afrika gesprochene Sprache	<input type="checkbox"/>				
Eine andere in Asien gesprochene Sprache	<input type="checkbox"/>				
Eine sonstige Sprache	<input type="checkbox"/>				

MUSTER

127 Haben Sie Ihren Aufenthalt auf dem heutigen Staatsgebiet der Bundesrepublik Deutschland schon einmal unterbrochen und mindestens ein Jahr im Ausland gelebt?

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Ja	<input type="checkbox"/>				
Nein	<input type="checkbox"/> → 129				

128 In welchem Jahr sind Sie nach der letzten mindestens einjährigen Unterbrechung auf das heutige Staatsgebiet der Bundesrepublik Deutschland zurückgekehrt?

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Jahr	<input type="text"/>				

129 Besitzen Sie die deutsche Staatsangehörigkeit?

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Ja, nur die deutsche Staatsangehörigkeit	<input type="checkbox"/> → 134				
Ja, die deutsche Staatsangehörigkeit und mindestens eine weitere (ausländische) Staatsangehörigkeit	<input type="checkbox"/> → 133				
Nein	<input type="checkbox"/>				

130 Welche ausländische Staatsangehörigkeit besitzen Sie?

Besitzen Sie keine Staatsangehörigkeit, geben Sie bitte „staatenlos“ an.

Person 1

Person 2

Person 3

Person 4

Person 5

MUSTER

131 Besitzen Sie eine weitere ausländische Staatsangehörigkeit?

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Ja	<input type="checkbox"/>				
Nein	<input type="checkbox"/> → 143				

132 Welche 2. ausländische Staatsangehörigkeit besitzen Sie?

Person 1

Person 2

Person 3

Person 4

Person 5

→ 143

133 Welche weitere Staatsangehörigkeit besitzen Sie?

Person 1
 Person 2
 Person 3
 Person 4
 Person 5

134 Wie haben Sie die deutsche Staatsangehörigkeit erlangt?

i Siehe auch S. 115: **5** „Staatsangehörigkeit“.

Durch Geburt 1
 Als (Spät-)Aussiedler/-in ohne Einbürgerung 2
 Als (Spät-)Aussiedler/-in mit Einbürgerung 3
 Durch Einbürgerung (nicht [Spät-]Aussiedler/-in) 4
 Durch Adoption durch deutsche Eltern/einen deutschen Elternteil 5

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
1	<input type="checkbox"/> → 137				
2	<input type="checkbox"/> → 143				
3	<input type="checkbox"/>				
4	<input type="checkbox"/>				
5	<input type="checkbox"/> → 143				

135 Wann wurden Sie eingebürgert?

Jahr

Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
_ _ _ _	_ _ _ _	_ _ _ _	_ _ _ _	_ _ _ _

136 Welche Staatsangehörigkeit besaßen Sie vor der Einbürgerung?

i Möglich sind auch Staatsangehörigkeiten der ehemaligen Staaten Jugoslawien, Serbien und Montenegro, Sowjetunion, Tschechoslowakei.

Waren Sie vor der Einbürgerung staatenlos, geben Sie bitte „staatenlos“ an.

Person 1
 Person 2
 Person 3
 Person 4
 Person 5

} → 143

137 Lebt Ihre Mutter in diesem Haushalt?

i Auch Stief-, Adoptiv- oder Pflegemutter.

Ja
 Nein

Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
<input type="checkbox"/> → 140				
<input type="checkbox"/>				

138 Ist Ihre Mutter nach Deutschland (heutiges Staatsgebiet) zugezogen?

i Siehe auch S. 115: **4** „Heutiges Staatsgebiet“.

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Ja, im Jahr	<input type="text"/>				
Ja, aber ich weiß das Zuzugsjahr nicht. 2	<input type="checkbox"/>				
Nein 8	<input type="checkbox"/>				
Ich weiß es nicht. 7	<input type="checkbox"/>				

139 Besitzt bzw. besaß Ihre Mutter die deutsche Staatsangehörigkeit?

i Siehe auch S. 115: **5** „Staatsangehörigkeit“.

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Ja, durch Geburt	<input type="checkbox"/>				
Ja, als (Spät-)Aussiedlerin ohne Einbürgerung 2	<input type="checkbox"/>				
Ja, als (Spät-)Aussiedlerin mit Einbürgerung 3	<input type="checkbox"/>				
Ja, durch Einbürgerung (nicht [Spät-]Aussiedler/-in) ... 4	<input type="checkbox"/>				
Ja, durch Adoption durch deutsche Eltern/einen deutschen Elternteil 5	<input type="checkbox"/>				
Ja, aber ich weiß nicht, wie diese erlangt wurde. 6	<input type="checkbox"/>				
Nein 8	<input type="checkbox"/>				
Ich weiß es nicht. 7	<input type="checkbox"/>				

140 Lebt Ihr Vater in diesem Haushalt?

i Auch Stief-, Adoptiv- oder Pflegevater.

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Ja	<input type="checkbox"/> → 143				
Nein	<input type="checkbox"/>				

141 Ist Ihr Vater nach Deutschland (heutiges Staatsgebiet) zugezogen?

i Siehe auch S. 115: **4** „Heutiges Staatsgebiet“.

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Ja, im Jahr	<input type="text"/>				
Ja, aber ich weiß das Zuzugsjahr nicht. 2	<input type="checkbox"/>				
Nein 8	<input type="checkbox"/>				
Ich weiß es nicht. 7	<input type="checkbox"/>				

MUSTER

142 Besitzt bzw. besaß Ihr Vater die deutsche Staatsangehörigkeit?

i Siehe auch S. 115: **5** „Staatsangehörigkeit“.

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Ja, durch Geburt	1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ja, als (Spät-)Aussiedler ohne Einbürgerung	2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ja, als (Spät-)Aussiedler mit Einbürgerung	3 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ja, durch Einbürgerung (nicht [Spät-]Aussiedler)	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ja, durch Adoption durch deutsche Eltern/einen deutschen Elternteil	5 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ja, aber ich weiß nicht, wie diese erlangt wurde.	6 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nein	8 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich weiß es nicht.	7 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

143 Wurde Ihr Vater in Deutschland (heutiges Staatsgebiet) geboren?

i Siehe auch S. 115: **4** „Heutiges Staatsgebiet“.

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Ja	1 <input type="checkbox"/> → 145	<input type="checkbox"/> → 145			
Nein	8 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich weiß es nicht.	7 <input type="checkbox"/> → 145	<input type="checkbox"/> → 145			

144 In welchem heutigen Staat liegt der Geburtsort Ihres Vaters?

Person 1

Person 2

Person 3

Person 4

Person 5

MUSTER

145 Wurde Ihre Mutter in Deutschland (heutiges Staatsgebiet) geboren?

i Siehe auch S. 115: **4** „Heutiges Staatsgebiet“.

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Ja	1 <input type="checkbox"/> → 147	<input type="checkbox"/> → 147			
Nein	8 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich weiß es nicht.	7 <input type="checkbox"/> → 147	<input type="checkbox"/> → 147			

146 In welchem heutigen Staat liegt der Geburtsort Ihrer Mutter?

Person 1

Person 2

Person 3

Person 4

Person 5

Besuch von Schule oder Hochschule

147 Waren Sie in den 12 Monaten vor der Berichtswoche Schüler/-in, Auszubildende/-r oder Student/-in?

i Wenn es nur für einen Teil des Zeitraums zutraf, kreuzen Sie bitte trotzdem „Ja“ an.

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Ja	1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nein	8 <input type="checkbox"/> → 153	<input type="checkbox"/> → 153			

148 Waren Sie in den 4 Wochen vor der Berichtswoche Schüler/-in, Auszubildende/-r oder Student/-in?

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Ja	1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nein, wegen Übergangs in eine andere Schule, Hochschule bzw. Ausbildung, (Semester-) Ferien, Praxisphase im Betrieb, Studium oder Schulbesuch im Ausland, Krankheit, Mutterschutz	2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nein, aus anderen Gründen	8 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

149 Welche Schule/Hochschule haben Sie zuletzt besucht?

Allgemeinbildende Schulen

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Grundschule	1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Orientierungsstufe 5./6. Klasse (z. B. an Grund- oder weiterführenden Schulen, Förderstufe)	2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Förder-, Sonderschule, Sonderpädagogische Förderung	3 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schule mit mehreren Bildungsgängen (z. B. Mittel-, Ober-, Regel-, Sekundar-, Regionale Schule, Gemeinschaftsschule)	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hauptschule, Abendhauptschule	5 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Realschule, Abendrealschule	6 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gesamtschule	7 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Waldorfschule	8 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gymnasium	9 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Berufliches, auch Wirtschafts- oder technisches Gymnasium	10 <input type="checkbox"/> → 153	<input type="checkbox"/> → 153			
Abendgymnasium, Kolleg	11 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Weitere Schulen finden Sie auf der nächsten Seite.

noch:

Frage 149 Berufliche Schulen, die einen allgemeinen Schulabschluss vermitteln

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Berufliche Schule, die zur mittleren Reife führt (z. B. Berufsfachschule) 12	<input type="checkbox"/>				
Berufliche Schule, die zur Hochschul-/Fachhochschulreife führt					
Fachoberschule 13	<input type="checkbox"/>				
Berufsfachschule 14	<input type="checkbox"/>				
Berufsoberschule, Technische Oberschule 15	<input type="checkbox"/>				
Berufliche Schulen					
Berufsvorbereitungsjahr 16	<input type="checkbox"/>				
Berufsgrundbildungsjahr 17	<input type="checkbox"/> → 153				
Berufsschule 18	<input type="checkbox"/>				
Berufsfachschule, die einen Berufsabschluss vermittelt 19	<input type="checkbox"/>				
Ausbildungsstätte/Schule für Gesundheits- und Sozialberufe					
einjährig (z. B. Altenpflegehelfer/-in) 20	<input type="checkbox"/>				
zweijährig (z. B. Masseur/-in, PTA) 21	<input type="checkbox"/>				
dreijährig (z. B. Physiotherapie, MTA, Altenpflege) 22	<input type="checkbox"/>				
Ausbildungsstätte/Schule für Erzieher/-innen 23	<input type="checkbox"/>				
Meisterausbildung an Fachschulen 24	<input type="checkbox"/> → 151				
Fachschule unter anderem für Techniker/-innen, Betriebswirtinnen/Betriebswirte 25	<input type="checkbox"/> → 153				
Fachakademie (nur in Bayern) 26	<input type="checkbox"/>				
Hochschulen					
Berufsakademie 27	<input type="checkbox"/>				
Verwaltungsfachhochschule 28	<input type="checkbox"/>				
Fachhochschule (auch Hochschule [FH] für angewandte Wissenschaften), Duale Hochschule (in Baden-Württemberg und Thüringen) 29	<input type="checkbox"/> → 152				
Universität (wissenschaftliche Hochschule, auch: Kunsthochschule, Pädagogische Hochschule, Theologische Hochschule) 30	<input type="checkbox"/>				
Promotionsstudium 31	<input type="checkbox"/> → 153				

MUSTER

150 Welche Klasse einer allgemeinbildenden Schule haben Sie besucht?

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Klassenstufe 1 bis 4 1	<input type="checkbox"/>				
Klassenstufe 5 bis 9/10 2	<input type="checkbox"/> → 153				
Gymnasiale Oberstufe 3	<input type="checkbox"/>				

151 Wie ist die Bezeichnung der Fachrichtung Ihrer Meisterausbildung?

i Gemeint sind hier Ausbildungen zum **Meister an Fachschulen**, wie z. B. Tischlermeister/-in, Friseurmeister/-in, Elektrotechnikermeister/-in, Meister/-in in Hauswirtschaft, Installateur- und Heizungsbauermeister/-in oder Ähnliches.

Person 1		} 153
Person 2		
Person 3		
Person 4		
Person 5		

152 Wie ist die Bezeichnung Ihres Studienganges?

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Bachelor	1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Master	2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diplom und vergleichbare Studiengänge	3 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

153 Ist diese Wohnung Ihr Hauptwohnsitz?

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Ja	<input type="checkbox"/>				
Nein	<input type="checkbox"/> → 155	<input type="checkbox"/> → 156			

154 Welchen Abschluss streben Sie mit der Ausbildung an?

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Hauptschulabschluss	1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Realschulabschluss	2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fachhochschulreife	3 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abitur (Allgemeine oder fachgebundene Hochschulreife)	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lehre oder vergleichbarer Berufsfachschulabschluss	5 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meisterabschluss	6 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fachschul- oder gleichwertiger Abschluss	7 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fachhochschul- oder Hochschulabschluss	8 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trifft nicht zu, Person ist unter 16 Jahre oder war nicht in Ausbildung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiger Abschluss	9 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bitte benennen Sie den angestrebten sonstigen Abschluss.

Person 1	
Person 2	
Person 3	
Person 4	
Person 5	

Krankenversicherungsschutz

155 In welcher Art waren Sie im Jahr 2020 krankenversichert?

Bitte geben Sie bei der entsprechenden Versicherungsart die Anzahl der Monate an, in der das jeweilige Versicherungsverhältnis bestand.

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
In einer gesetzlichen Krankenversicherung ...					
selbst pflichtversichert (Anzahl der Monate)	<input type="text"/>				
selbst freiwillig versichert (Anzahl der Monate)	<input type="text"/>				
als Familienangehörige/-r versichert (Anzahl der Monate)	<input type="text"/>				
als Student/-in in der Krankenversicherung der Studenten versichert (Anzahl der Monate)	<input type="text"/>				
als Student/-in freiwillig versichert (Anzahl der Monate)	<input type="text"/>				
In einer privaten Krankenversicherung ...					
selbst versichert (Anzahl der Monate)	<input type="text"/>				
als Familienangehörige/-r versichert (Anzahl der Monate)	<input type="text"/>				
als Student/-in versichert (Anzahl der Monate)	<input type="text"/>				
Ich hatte Anspruch auf Krankenversorgung im Rahmen der Heilfürsorge (Anzahl der Monate)	<input type="text"/>				
Ich war nicht versichert (Anzahl der Monate)	<input type="text"/>				

156 Sind Sie 15 Jahre oder älter?

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Ja	<input type="checkbox"/>				
Nein	<input type="checkbox"/> → 250				

Beschäftigungssituation in der Berichtswoche

157 Haben Sie in der Berichtswoche mindestens 1 Stunde gegen Bezahlung gearbeitet? Bitte berücksichtigen Sie auch selbstständige und kleine Tätigkeiten.

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Ja	<input type="checkbox"/> → 165				
Nein	<input type="checkbox"/>				

158 Haben Sie in der Berichtswoche mindestens 1 Stunde als unbezahlt mithelfende/-r Familienangehörige/-r im familieneigenen Betrieb gearbeitet?

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Ja	<input type="checkbox"/> → 165				
Nein	<input type="checkbox"/>				

159 Haben Sie normalerweise eine Arbeit oder einen Job, den Sie aber in der Berichtswoche nicht ausgeübt haben?

Mögliche Gründe sind Urlaub, Krankheit oder Elternzeit.

Ja 1
Nein 8

Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
<input type="checkbox"/> → 161				
<input type="checkbox"/>				

160 Haben Sie in der Berichtswoche irgendeine Gelegenheitsarbeit oder einen Nebenjob gegen Bezahlung ausgeübt, wie zum Beispiel in der Liste genannt? Es geht um Tätigkeiten, die nicht für die eigene Familie ausgeübt werden.

i Es geht um Tätigkeiten, wie ...

- Bedienung, Servicekraft oder Aushilfe in einer Bar, einem Restaurant oder Hotel
- Haushaltshilfe oder Reinigungskraft
- Fahrer/-in bei einem Lieferservice für Restaurants, Onlineshops oder als Paketbotin/ Paketbote
- Babysitter/-in
- Betreuung von Kindern oder pflegebedürftigen Personen
- Verteilen von Werbung oder kostenlosen Zeitungen
- Hostess/Gentleman Host
- Nachhilfestunden
- Helfer/-in im Renovierungs- oder Baubereich (mit Tätigkeiten wie z. B. Streichen, Tapezieren, Verputzen, Elektrik, Sanitär)
- Gartenarbeiten (Rasenmähen, Hecken- und Baumpflege, etc.)
- Erntehelfer/-in
- Analysen oder Berichte erstellen, wissenschaftliche Arbeiten
- Wissenschaftliche Hilfskraft
- Buchhalterische Tätigkeiten
- Übersetzer/-in
- Trainer/-in in Sportvereinen
- Aushilfe im Bereich „Security“ oder im Sicherheitsdienst
- Freiberufler/-in über Online-Plattformen
- Artist/-in oder Künstler/-in
- Blogger/-in, Influencer/-in oder Erstellen sonstiger Online-Inhalte gegen Bezahlung
- Betreuung von Haustieren
- Vorbereitung von Veranstaltungen
- Sonstiges

Ja 1
Nein 8

Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
<input type="checkbox"/> → 165				
<input type="checkbox"/> → 215				

MUSTER

161 Aus welchem Grund haben Sie in der Berichtswoche nicht gearbeitet?

i Siehe auch S. 115:
6 „Altersteilzeit“ und
7 „Pflegezeitgesetz/Familienpflegezeitgesetz“.

Wenn mehrere Gründe zutreffen, kreuzen Sie bitte den Hauptgrund an.

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Krankheit, Unfall (auch Kur, Reha-Maßnahmen)	1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Urlaub, Sonderurlaub	2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ausgleichsurlaub (im Rahmen eines Arbeitszeitkontos oder einer vertraglichen Jahresarbeitszeit)	3 <input type="checkbox"/> → 165	<input type="checkbox"/> → 165	<input type="checkbox"/> → 165	<input type="checkbox"/> → 165	<input type="checkbox"/> → 165
Mutterschutz	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Altersteilzeit	5 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Berufliche Aus- und Weiterbildung	6 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Elternzeit	7 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Freistellung nach dem Pflegezeitgesetz	8 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nebensaison	9 <input type="checkbox"/> → 164	<input type="checkbox"/> → 164	<input type="checkbox"/> → 164	<input type="checkbox"/> → 164	<input type="checkbox"/> → 164
Streik, Aussperrung	10 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlechtwetterlage	11 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kurzarbeit aus technischen oder wirtschaftlichen Gründen	12 <input type="checkbox"/> → 163	<input type="checkbox"/> → 163			
Allgemeine Aus- und Fortbildung, Schulbesuch	13 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Persönliche oder familiäre Verpflichtungen	14 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige Gründe	15 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe bereits eine Arbeitsstelle gefunden, aber in der Berichtswoche noch nicht gearbeitet.	16 <input type="checkbox"/> → 215	<input type="checkbox"/> → 215			

162 Erhalten Sie weiterhin Lohn- oder Gehaltsfortzahlung, staatliche oder soziale Leistungen, die Ihr Gehalt ganz oder teilweise ersetzen?

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Ja	1 <input type="checkbox"/> → 165	<input type="checkbox"/> → 165			
Nein	8 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trifft nicht zu, da Selbstständige/-r, Freiberufler/-in ...	9 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

163 Wie lange dauert die Unterbrechung Ihrer Arbeit insgesamt?

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
3 Monate oder weniger	1 <input type="checkbox"/> → 165	<input type="checkbox"/> → 165			
Länger als 3 Monate	8 <input type="checkbox"/> → 216	<input type="checkbox"/> → 216			

164 Üben Sie in der Nebensaison irgendwelche Aufgaben oder Tätigkeiten für diese Arbeit aus?

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Ja	1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nein	8 <input type="checkbox"/> → 217	<input type="checkbox"/> → 217			

Gegenwärtige Tätigkeit in der Berichtswoche

165 Welche berufliche Stellung hatten Sie in der Berichtswoche?

i Wenn Sie **mehrere Tätigkeiten** ausüben, berücksichtigen Sie nur die Tätigkeit mit der längsten Arbeitszeit (Haupttätigkeit).

Hierbei ist es nicht von Bedeutung, ob Sie die Haupttätigkeit gerade aktiv ausüben oder z. B. wegen Elternzeit, Krankheit oder Urlaub unterbrochen haben.

Siehe auch S. 115: **8** „Zuordnung der Tätigkeit“.

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Selbstständige/-r, Freiberufler/-in					
ohne Beschäftigte	1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mit Beschäftigten	2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unbezahlt mithelfende/-r Familienangehörige/-r im familieneigenen Betrieb	3 <input type="checkbox"/> → 167	<input type="checkbox"/> → 167	<input type="checkbox"/> → 167	<input type="checkbox"/> → 167	<input type="checkbox"/> → 167
Beamtin/Beamter (ohne Anwärter/-in), Richter/-in	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angestellte/-r (ohne Auszubildende)	5 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arbeiter/-in (ohne Auszubildende), Heimarbeiter/-in	6 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In Ausbildung mit Ausbildungsvergütung	7 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beamtenanwärter/-in	8 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Volontär/-in, Trainee, Person im bezahlten Praktikum	9 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zeit-, Berufssoldat/-in	10 <input type="checkbox"/> → 167	<input type="checkbox"/> → 167			
Im freiwilligen Wehrdienst	11 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Im Bundesfreiwilligendienst (auch soziales ökologisches oder kulturelles Jahr)	12 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige/-r Beschäftigte/-r mit kleinem Job	13 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

166 Mit wem haben Sie Ihren Ausbildungsvertrag abgeschlossen?

i Gemeint sind hier Ausbildungen mit Ausbildungsvergütung.

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Mit einem Betrieb (Firma, Geschäft, Praxis, Krankenhaus, Behörde)	1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mit einer über- oder außerbetrieblichen Einrichtung, z. B. Berufsbildungswerk, Bildungszentrum als Ausbildungsträger	2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

167 Ist Ihre Tätigkeit eine geringfügige Beschäftigung?

i Wenn Sie **mehrere Tätigkeiten** ausüben, berücksichtigen Sie nur die Tätigkeit mit der längsten Arbeitszeit (Haupttätigkeit).

Hierbei ist es nicht von Bedeutung, ob Sie die Haupttätigkeit gerade aktiv ausüben oder z. B. wegen Elternzeit, Krankheit oder Urlaub unterbrochen haben.

Siehe auch S. 115:  „Geringfügige Beschäftigung“.

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Ja, ein 450-Euro-Job, Mini-Job (Verdienst durchschnittlich höchstens 450 Euro pro Monat)	1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ja, eine kurzfristige Beschäftigung (höchstens 3 Monate oder 70 Arbeitstage im Jahr)	2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ja, ein Ein-Euro-Job (Arbeitsgelegenheit von Personen mit ALG II)	3 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nein	8 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

168 Wie häufig üben Sie Ihre Tätigkeit aus?

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Regelmäßig	1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unregelmäßig, gelegentlich	2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Saisonal begrenzt	3 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Gegenwärtige Tätigkeit in der Berichtswoche

169 Bitte beschreiben Sie Ihre gegenwärtige Tätigkeit in Stichworten.

- i** Z. B.
- Verkauf von Kleidung
 - Kinder an der Grundschule unterrichten
 - Kundinnen und Kunden über Reiseangebote beraten und informieren
 - Bauwerke im Hochbau entwerfen oder planen
 - Elektronische Schaltungen aufbauen und prüfen
 - Beton, Gips und Mörtel mischen
 - Patientinnen und Patienten (vor, während und nach Operationen) betreuen und versorgen

Person 1	<input type="text"/>
Person 2	<input type="text"/>
Person 3	<input type="text"/>
Person 4	<input type="text"/>
Person 5	<input type="text"/>

freiwillig

MUSTER

170 Welche Berufsbezeichnung hat Ihre gegenwärtige Tätigkeit?



Z. B.

- Modeverkäufer/-in
- Grundschullehrer/-in
- Reiseverkehrskaufmann/-frau
- Bauingenieur/-in
- Elektronikmechaniker/-in
- Bauhilfsarbeiter/-in
- Krankenpfleger/-in

Person 1	<input type="text"/>
Person 2	<input type="text"/>
Person 3	<input type="text"/>
Person 4	<input type="text"/>
Person 5	<input type="text"/>

171 Arbeiten Sie in Ihrer Tätigkeit überwiegend als Führungs- oder Aufsichtskraft?

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Ja, als Führungskraft (mit Entscheidungsbefugnis über Personal, Budget und Strategie) 1	<input type="checkbox"/>				
Ja, als Aufsichtskraft (Anleiten und Beaufsichtigen von Personal, Verteilen und Kontrollieren von Arbeit) 2	<input type="checkbox"/>				
Nein 3	<input type="checkbox"/>				

172 Welche Aufgabenbereiche gehören üblicherweise zu Ihrer gegenwärtigen Tätigkeit?

Kreuzen Sie bitte alles Zutreffende an.

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Beschäftigte anleiten 1	<input type="checkbox"/>				
Beschäftigte beaufsichtigen 2	<input type="checkbox"/>				
Arbeit verteilen 3	<input type="checkbox"/>				
Arbeitsergebnisse kontrollieren 4	<input type="checkbox"/>				
Keiner der genannten Aufgabenbereiche 8	<input type="checkbox"/>				

MUSTER

173 Tragen Sie den Wirtschaftszweig/die Branche des Betriebs (örtliche Niederlassung) ein, in dem/der Sie Ihre gegenwärtige Tätigkeit ausüben.

i Wenn der Betrieb **mehrere Niederlassungen** hat, nennen Sie den wirtschaftlichen Schwerpunkt der örtlichen Niederlassung und nicht des gesamten Unternehmens.

Bei **Zeit- oder Leiharbeit** tragen Sie bitte den zutreffenden Wirtschaftszweig/die zutreffende Branche ein.

Bitte geben Sie den **Wirtschaftszweig/** die **Branche** so genau wie möglich an, z. B.
 – Lebensmitteleinzelhandel (nicht: Handel)
 – Werkzeugmaschinenbau (nicht: Fabrik)
 – Gebäudeverwaltung, Hausmeisterdienste, Unternehmensberatung (nicht: Dienstleistung)
 – Softwareentwicklung (nicht: IT)

Siehe auch S. 116:

10 „Betrieb (örtliche Niederlassung)“.

Person 1	
Person 2	
Person 3	
Person 4	
Person 5	

174 Schreiben Sie bitte den Betriebsnamen sowie die Anschrift des Betriebes in die ausgeklappte Lasche auf Seite 2.

i **Name und Anschrift des Betriebs** dienen ausschließlich der Zuordnung Ihres Betriebs zu einem Wirtschaftszweig und werden nicht gespeichert.

175 Sind Sie im öffentlichen Dienst beschäftigt?

i **Zum öffentlichen Dienst gehören** Behörden von Gemeinden, Ländern und Bund, öffentliche Schulen, die Agentur für Arbeit, Sozialversicherungsträger, Polizei, Bundeswehr.

Wenn Sie in einem privatisierten Nachfolgeunternehmen der Deutschen Post/der Bundesbahn arbeiten oder in einer Kirche beschäftigt sind, geben Sie hier bitte „Nein“ an.

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Ja	1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nein	8 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

MUSTER

176 Wie viele Personen arbeiten in dem Betrieb (örtliche Niederlassung), in dem Sie gegenwärtig tätig sind?

i Wenn Sie selbstständig sind und mehrere Betriebe/Niederlassungen haben, beziehen Sie Ihre Angaben zur Betriebsgröße auf den Betrieb mit den meisten Beschäftigten.

Bis 10 Personen	1	<input type="checkbox"/>				
11 bis 19 Personen	2	<input type="checkbox"/>				
20 bis 49 Personen	3	<input type="checkbox"/>				
50 bis 249 Personen	4	<input type="checkbox"/> → 178				
250 bis 499 Personen	5	<input type="checkbox"/>				
500 Personen oder mehr	6	<input type="checkbox"/>				

177 Bitte geben Sie die genaue Anzahl an Personen an, die in dem Betrieb arbeiten.

Anzahl der Personen	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
	<input type="text"/>				

Arbeitsplatz- oder Berufswechsel

178 Haben Sie in der Berichtswoche oder den 12 Monaten davor Ihren Arbeitsplatz/ Ihr Geschäftsfeld gewechselt?

i Wenn Sie **Selbstständige/-r** oder **Freiberufler/-in** sind und Ihr Geschäftsfeld gewechselt haben, kreuzen Sie bitte „Ja“ an.

Wenn Sie als Arbeitnehmer/-in ein **neues Arbeitsverhältnis** beim jetzigen oder einem neuen Arbeitgeber eingegangen sind, kreuzen Sie bitte „Ja“ an.

Ein **Arbeitsplatzwechsel** liegt auch dann vor, wenn Sie von einer abhängigen Beschäftigung in eine selbstständige Tätigkeit oder freiberufliche Tätigkeit wechseln und umgekehrt.

Ja	1	<input type="checkbox"/>				
Nein	8	<input type="checkbox"/> → 181				

179 Ist diese Wohnung Ihr Hauptwohnsitz?

Ja	<input type="checkbox"/>				
Nein	<input type="checkbox"/> → 181				

180 Aus welchem Grund haben Sie Ihren Arbeitsplatz/ Ihr Geschäftsfeld gewechselt?

Wenn mehrere Gründe zutreffen, kreuzen Sie bitte den Hauptgrund an.

Antritt oder Suche nach einer besseren Arbeit	1	<input type="checkbox"/>				
Sonstige Gründe	2	<input type="checkbox"/>				

181 Haben Sie in der Berichtswoche oder den 12 Monaten davor Ihren Beruf gewechselt?

i Hierzu zählt auch ein Berufswechsel ohne Umschulung.

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Ja	1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nein	8 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Dauer und Umfang der gegenwärtigen Tätigkeit

182 Arbeiten Sie in Ihrer gegenwärtigen Tätigkeit in Vollzeit oder in Teilzeit?

i Wenn Sie **mehrere Tätigkeiten** ausüben, berücksichtigen Sie nur die Tätigkeit mit der längsten Arbeitszeit (Haupttätigkeit).

Wenn Sie in **Altersteilzeit** sind, kreuzen Sie bitte die zutreffende Arbeitszeit vor dem Beginn Ihrer Altersteilzeit an.

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Vollzeittätigkeit	<input type="checkbox"/> → 185				
Teilzeittätigkeit	<input type="checkbox"/>				

183 Aus welchem Grund arbeiten Sie in Teilzeit?

Wenn mehrere Gründe zutreffen, kreuzen Sie bitte den Hauptgrund an.

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Vollzeittätigkeit nicht zu finden	1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schulausbildung, Studium, sonstige Aus- bzw. Fortbildung	2 <input type="checkbox"/> → 185	<input type="checkbox"/> → 185	<input type="checkbox"/> → 185	<input type="checkbox"/> → 185	<input type="checkbox"/> → 185
Eigene Krankheit, Unfallfolgen	3 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dauerhaft verminderte Erwerbsfähigkeit, Behinderung	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Betreuung von Kindern	5 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Betreuung von Menschen mit Behinderung	6 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Betreuung von pflegebedürftigen Personen	7 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere familiäre Gründe	9 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere persönliche Gründe	10 <input type="checkbox"/> → 185	<input type="checkbox"/> → 185			
Ich möchte Teilzeit arbeiten.	11 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anderer Hauptgrund	12 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

184 Aus welchem Grund betreuen Sie Kinder, Menschen mit Behinderung oder pflegebedürftige Personen selbst?

Kreuzen Sie bitte alles Zutreffende an.

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
In der Nähe gibt es kein geeignetes Betreuungsangebot. 1	<input type="checkbox"/>				
Zu den benötigten Tageszeiten steht kein geeignetes Betreuungsangebot zur Verfügung. 2	<input type="checkbox"/>				
Das geeignete Betreuungsangebot ist nicht bezahlbar. 3	<input type="checkbox"/>				
Ich möchte die Betreuung selbst übernehmen. 4	<input type="checkbox"/>				
Andere Gründe sind ausschlaggebend. 9	<input type="checkbox"/>				

185 Sind Sie selbstständig/freiberuflich tätig oder arbeiten Sie als mithelfende/-r Familienangehörige/-r?

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Ja 1	<input type="checkbox"/>				
Nein 8	<input type="checkbox"/> → 187				

186 Wie viele Stunden arbeiten Sie normalerweise pro Woche?

i Wenn Ihre Arbeitszeiten stark variieren, schätzen Sie bitte die durchschnittlichen Wochenarbeitsstunden auf Basis der letzten 4 bis 12 Wochen.

Bitte auf halbe Stunden auf- oder abrunden (z. B. 38,5).

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Anzahl der Stunden 1	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	↳ 193	↳ 193	↳ 193	↳ 193	↳ 193

187 Haben Sie für Ihre Tätigkeit einen Arbeitsvertrag mit einer Firma abgeschlossen, die Sie in Leiharbeit vermittelt hat?

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Ja 1	<input type="checkbox"/>				
Nein 8	<input type="checkbox"/>				

188 Ist Ihr Arbeitsvertrag, Ihre Tätigkeit befristet?

i Ein Ausbildungsvertrag gilt als befristet.

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Ja, befristet 1	<input type="checkbox"/>				
Nein, unbefristet 8	<input type="checkbox"/>				

189 Ist diese Wohnung Ihr Hauptwohnsitz?

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Ja 1	<input type="checkbox"/>				
Nein 8	<input type="checkbox"/> → 191				

freiwillig

190 Haben Sie einen schriftlichen Arbeitsvertrag oder eine mündliche Vereinbarung?

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Schriftlicher Arbeitsvertrag 1	<input type="checkbox"/>				
Mündliche Arbeitsvereinbarung 2	<input type="checkbox"/>				

191 Arbeiten Sie normalerweise so viele Stunden pro Woche wie vertraglich vereinbart?

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Ja	1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nein	8 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

192 Wie viele Stunden arbeiten Sie normalerweise pro Woche, einschließlich regelmäßiger Mehrstunden und Bereitschaftszeiten?

i Wenn Ihre Arbeitszeiten stark variieren, schätzen Sie bitte die durchschnittlichen Wochenarbeitsstunden auf Basis der letzten 4 bis 12 Wochen.
 Siehe auch S. 116: **11** „Bereitschaftszeiten“.

Bitte auf halbe Stunden auf- oder abrunden (z. B. 40,5).

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Anzahl der Stunden	<input type="text"/>				

193 Gab es in der Berichtswoche einen oder mehrere Tage, an denen Sie aufgrund von Urlaub oder Feiertagen nicht gearbeitet haben?

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Ja	1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nein	8 <input type="checkbox"/> → 195	<input type="checkbox"/> → 195			

194 Wie viele Tage hatten Sie insgesamt in der Berichtswoche frei?

i Bitte berücksichtigen Sie auch halbe Tage und zählen Sie diese als 0,5.

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Anzahl der Tage	<input type="text"/>				

195 Gab es in der Berichtswoche (weitere) Tage, an denen Sie aufgrund von Krankheit, Verletzungen oder vorübergehender Einschränkung nicht gearbeitet haben?

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Ja	1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nein	8 <input type="checkbox"/> → 197	<input type="checkbox"/> → 197			

196 Wie viele Tage haben Sie insgesamt in der Berichtswoche aufgrund von Krankheit nicht gearbeitet?

i Bitte berücksichtigen Sie auch halbe Tage und zählen Sie diese als 0,5.

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Anzahl der Tage	<input type="text"/>				

197 Gab es in der Berichtswoche (weitere) Tage, an denen Sie aus anderen Gründen nicht gearbeitet haben?

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Ja	1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nein	8 <input type="checkbox"/> → 199	<input type="checkbox"/> → 199			

198 Wie viele Tage haben Sie insgesamt in der Berichtswoche aus anderen Gründen nicht gearbeitet?

i Bitte berücksichtigen Sie auch halbe Tage und zählen Sie diese als 0,5.

Anzahl der Tage

Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
<input type="text"/>				

199 Wie viele Stunden haben Sie in der Berichtswoche tatsächlich gearbeitet?

i Die **tatsächliche Arbeitszeit** kann von der normalerweise geleisteten Arbeitszeit abweichen, z. B. wegen Überstunden, Urlaubstagen, Schichtzeiten, Feiertagen, Krankheit oder Ähnlichem.

Zur **tatsächlichen Arbeitszeit** gehören auch Weiter- und Fortbildungen, Bereitschaftszeiten oder Arbeiten von zu Hause, sofern sie Bestandteil Ihrer Erwerbstätigkeit sind, z. B. bei Lehrkräften.

Wenn Sie in der Berichtswoche nicht gearbeitet haben, tragen Sie bitte eine „0“ ein.

Bitte auf halbe Stunden auf- oder abrunden (z. B. 28,5).

Anzahl der Stunden

Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
<input type="text"/>				

Weitere Erwerbstätigkeiten/Nebenjobs

200 Hatten Sie in der Berichtswoche mehr als eine bezahlte Tätigkeit oder mehr als einen Job?

i Auch eine weitere Tätigkeit als Selbstständige/-r oder unbezahlt mithelfende/-r Familienangehörige/-r zählt als solche.

Ja, ich hatte 2 Arbeitsstellen bzw. Jobs. 1

Ja, ich hatte mehr als 2 Arbeitsstellen bzw. Jobs. 2

Nein 8

Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/> → 210				

201 Ist Ihre weitere Tätigkeit eine geringfügige Beschäftigung?

i Sollten Sie **mehrere weitere Tätigkeiten** haben, berücksichtigen Sie bei den folgenden Fragen die weitere Tätigkeit mit der längsten Arbeitszeit.

Siehe auch S. 115: **■** „Geringfügige Beschäftigung“.

Ja, ein 450-Euro-Job, Mini-Job (Verdienst durchschnittlich höchstens 450 Euro pro Monat) 1

Ja, eine kurzfristige Beschäftigung (höchstens 3 Monate oder 70 Arbeitstage im Jahr) ... 2

Ja, ein Ein-Euro-Job (Arbeitsgelegenheit von Personen mit ALG II) 3

Nein 8

Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>				

202 Wie häufig üben Sie Ihre weitere Tätigkeit aus?

Regelmäßig 1

Unregelmäßig, gelegentlich 2

Saisonal begrenzt 3

Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>				

203 Welche berufliche Stellung haben Sie in Ihrer weiteren Tätigkeit?

i Siehe auch S. 115: **B** „Zuordnung der Tätigkeit“.

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Selbstständige/-r, Freiberufler/-in					
ohne Beschäftigte	1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mit Beschäftigten	2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unbezahlt mithelfende/-r Familienangehörige/-r im familieneigenen Betrieb	3 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beamtin/Beamter, Richter/-in	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angestellte/-r	5 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arbeiter/-in, Heimarbeiter/-in	6 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

204 Bitte beschreiben Sie Ihre weitere Tätigkeit in Stichworten.

- i** Z. B.
- Verkauf von Kleidung
 - Kinder an der Grundschule unterrichten
 - Kundinnen und Kunden über Reiseangebote beraten und informieren
 - Bauwerke im Hochbau entwerfen oder planen
 - Elektronische Schaltungen aufbauen und prüfen
 - Beton, Gips und Mörtel mischen
 - Patientinnen und Patienten (vor, während und nach Operationen) betreuen und versorgen

Person 1

Person 2

Person 3

Person 4

Person 5

MUSTER

205 Welche Berufsbezeichnung hat die weitere Tätigkeit?

- i** Z. B.
- Modeverkäufer/-in
 - Grundschullehrer/-in
 - Reiseverkehrskaufmann/-frau
 - Bauingenieur/-in
 - Elektronikmechaniker/-in
 - Bauhilfsarbeiter/-in
 - Krankenpfleger/-in

Person 1

Person 2

Person 3

Person 4

Person 5

206 Arbeiten Sie in Ihrer weiteren Tätigkeit überwiegend als Führungs- oder Aufsichtskraft?

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Ja, als Führungskraft (mit Entscheidungsbefugnis über Personal, Budget und Strategie)	1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ja, als Aufsichtskraft (Anleiten und Beaufsichtigen von Personal, Verteilen und Kontrollieren von Arbeit)	2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nein	8 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

207 Tragen Sie den Wirtschaftszweig/die Branche des Betriebs (örtliche Niederlassung) ein, in dem/der Sie Ihre weitere Tätigkeit ausüben.

i Wenn der Betrieb **mehrere Niederlassungen** hat, nennen Sie den wirtschaftlichen Schwerpunkt der örtlichen Niederlassung und nicht des gesamten Unternehmens.

Bei **Zeit- oder Leiharbeit** tragen Sie bitte den zutreffenden Wirtschaftszweig/die zutreffende Branche ein.

- Bitte geben Sie den **Wirtschaftszweig/** die **Branche** so genau wie möglich an: z. B.
- Lebensmitteleinzelhandel (nicht: Handel)
 - Werkzeugmaschinenbau (nicht: Fabrik)
 - Gebäudeverwaltung, Hausmeisterdienste, Unternehmensberatung (nicht: Dienstleistung)
 - Softwareentwicklung (nicht: IT)

Siehe auch S. 116:

 „Betrieb (örtliche Niederlassung)“.

Person 1

Person 2

Person 3

Person 4

Person 5

MUSTER

208 Wie viele Stunden arbeiten Sie normalerweise in Ihrer weiteren Tätigkeit pro Woche, einschließlich regelmäßiger Mehrstunden und Bereitschaftszeiten?

i Wenn Ihre Arbeitszeiten stark variieren, schätzen Sie bitte die durchschnittlichen Wochenarbeitsstunden auf Basis der letzten 4 bis 12 Wochen.

Bitte auf halbe Stunden auf- oder abrunden (z. B. 10,5).

Anzahl der Stunden	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
	<input type="text"/>				

209 Wie viele Stunden haben Sie in Ihrer weiteren Tätigkeit in der Berichtswoche tatsächlich gearbeitet?

Wenn Sie in der Berichtswoche nicht gearbeitet haben, tragen Sie bei der Stundenzahl bitte eine „0“ ein.

Bitte auf halbe Stunden auf- oder abrunden (z. B. 9,5).

Anzahl der Stunden	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
	<input type="text"/>				

Gewünschter Umfang an Arbeitsstunden

210 Würden Sie gerne Ihre normale Wochenarbeitszeit beibehalten oder mit entsprechender Anpassung des Verdienstes verändern?

i Zur **Wochenarbeitszeit** zählen sowohl Haupt- als auch Nebentätigkeiten.

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Beibehalten	1 <input type="checkbox"/> → 214	<input type="checkbox"/> → 214			
Erhöhen	2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verringern	3 <input type="checkbox"/> → 213	<input type="checkbox"/> → 213			

211 Auf welche Art und Weise möchten Sie Ihre Arbeitszeit erhöhen?

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Ausschließlich durch mehr Stunden in der/den derzeitigen Tätigkeit/-en	1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ausschließlich durch Aufnahme einer oder mehrerer zusätzlichen Tätigkeit/-en	2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ausschließlich durch Wechsel zu einer Tätigkeit mit mehr Stunden	3 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ohne Festlegung auf eine der genannten Möglichkeiten	5 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Durch eine Kombination der oben genannten Möglichkeiten.	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

212 Bitte denken Sie an die 2 Wochen nach der Berichtswoche: Könnten Sie in diesen 2 Wochen beginnen, mehr Stunden als bisher zu arbeiten?

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Ja	1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nein	8 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

213 Wie viele Stunden pro Woche möchten Sie insgesamt arbeiten?

i Zur **Wochenarbeitszeit** zählen sowohl Haupt- als auch Nebentätigkeiten.

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Bitte auf halbe Stunden auf- oder abrunden (z. B. 32,5). Anzahl der Stunden	<input type="text"/>				

214 Haben Sie in der Berichtswoche oder den 3 Wochen davor eine andere oder zusätzliche Tätigkeit gesucht?

i Die Suche nach Tätigkeiten umfasst jede Suche nach einer bezahlten Arbeit einschließlich Neben- und Mini-Jobs, selbstständige, freiberufliche Tätigkeiten oder Tätigkeiten in geringem Umfang.

Formen der Suche sind

z. B. das Durchsehen von Stellenanzeigen in der Zeitung oder im Internet, das gezielte Achten auf Aushänge, die Nachfrage bei Bekannten und Verwandten.

		Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Ja	1	<input type="checkbox"/>				
Nein	8	<input type="checkbox"/>				
		} → 240	} → 240	} → 240	} → 240	} → 240

Muster

Letzte oder unterbrochene Erwerbstätigkeit

215 Haben Sie schon einmal gegen Bezahlung gearbeitet bzw. sind einer bezahlten Erwerbstätigkeit nachgegangen?

I Ehemalige mithelfende Familienangehörige kreuzen bitte „Ja, insgesamt länger als drei Monate“ an.

Falls Sie mehrmals gegen Bezahlung oder als Selbstständige/-r gearbeitet haben, zählen Sie bitte die Zeiten zusammen.

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Ja, insgesamt länger als drei Monate	1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ja, insgesamt weniger als drei Monate	2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nein	8 <input type="checkbox"/> → 226	<input type="checkbox"/> → 226			

216 Aus welchem Grund haben Sie Ihre letzte bezahlte Tätigkeit beendet oder unterbrochen?

Wenn mehrere Gründe zutreffen, kreuzen Sie bitte den Hauptgrund an.

Arbeitsmarktbezogene Gründe

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Entlassung (auch Betriebsauflösung)	1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beendigung eines befristeten Arbeitsvertrags	2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verkauf oder Schließung des eigenen Unternehmens	3 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Familiäre Gründe

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Betreuung von Kindern	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Betreuung von Menschen mit Behinderung	5 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Betreuung von pflegebedürftigen Personen	6 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere familiäre Gründe	7 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Persönliche Gründe

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Eigene Kündigung	8 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schulische oder berufliche Ausbildung, Studium	9 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eigene Krankheit, Unfallfolgen	10 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dauerhaft verminderte Erwerbsfähigkeit, Behinderung	11 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ruhestand	12 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere persönliche Gründe	13 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sonstige Gründe

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Anderer Hauptgrund	14 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

217 Wann haben Sie Ihre letzte bezahlte Tätigkeit beendet/unterbrochen?

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Monat	<input type="text"/>				
Jahr	<input type="text"/>				

218 Welche berufliche Stellung hatten Sie in Ihrer letzten Tätigkeit/in Ihrer unterbrochenen Tätigkeit?

i Siehe auch S. 115: **3** „Zuordnung der Tätigkeit“.

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Selbstständige/-r, Freiberufler/-in					
ohne Beschäftigte	1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mit Beschäftigten	2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unbezahlt mithelfende/-r Familienangehörige/-r im familieneigenen Betrieb	3 <input type="checkbox"/> → 220	<input type="checkbox"/> → 220	<input type="checkbox"/> → 220	<input type="checkbox"/> → 220	<input type="checkbox"/> → 220
Beamtin/Beamter (ohne Anwärter/-in), Richter/-in	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angestellte/-r (ohne Auszubildende)	5 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arbeiter/-in (ohne Auszubildende), Heimarbeiter/-in	6 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In Ausbildung mit Ausbildungsvergütung	7 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beamtenanwärter/-in	8 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Volontär/-in, Trainee, Person im bezahlten Praktikum	9 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zeit-, Berufssoldat/-in	10 <input type="checkbox"/> → 220	<input type="checkbox"/> → 220			
Grundwehr-, Zivildienstleistender	11 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Im freiwilligen Wehrdienst	12 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Im Bundesfreiwilligendienst (auch soziales, ökologisches oder kulturelles Jahr)	13 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

219 Mit wem hatten Sie Ihren Ausbildungsvertrag abgeschlossen?

i Gemeint sind hier Ausbildungen mit Ausbildungsvergütung.

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Mit einem Betrieb (Firma, Geschäft, Praxis, Krankenhaus, Behörde)	1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mit einer über- oder außerbetrieblichen Einrichtung, z. B. Berufsbildungswerk, Bildungszentrum als Ausbildungsträger	2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

MUSTER

220 Bitte beschreiben Sie Ihre letzte/unterbrochene Tätigkeit in Stichworten.

- i** Z.B.
- Verkauf von Kleidung
 - Kinder an der Grundschule unterrichten
 - Kundinnen und Kunden über Reiseangebote beraten und informieren
 - Bauwerke im Hochbau entwerfen oder planen
 - Elektronische Schaltungen aufbauen und prüfen
 - Beton, Gips und Mörtel mischen
 - Patientinnen und Patienten (vor, während und nach Operationen) betreuen und versorgen

Person 1

Person 2

Person 3

Person 4

Person 5

221 Welche Berufsbezeichnung hatte Ihre letzte Tätigkeit/hat Ihre unterbrochene Tätigkeit?

- i** Z.B.
- Modeverkäufer/-in
 - Grundschullehrer/-in
 - Reiseverkehrskaufmann/-frau
 - Bauingenieur/-in
 - Elektronikmechaniker/-in
 - Bauhilfsarbeiter/-in
 - Krankenpfleger/-in

Person 1

Person 2

Person 3

Person 4

Person 5

222 Haben Sie in der letzten/unterbrochenen Tätigkeit überwiegend als Führungs- oder Aufsichtskraft gearbeitet?

- Ja, als Führungskraft
(mit Entscheidungsbefugnis über Personal,
Budget und Strategie)
- Ja, als Aufsichtskraft
(Anleiten und Beaufsichtigen von Personal,
Verteilen und Kontrollieren von Arbeit)
- Nein

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
1	<input type="checkbox"/>				
2	<input type="checkbox"/>				
8	<input type="checkbox"/>				

Muster

223 Tragen Sie den Wirtschaftszweig/die Branche des Betriebs (örtliche Niederlassung) ein, in dem/der Sie zuletzt gearbeitet haben, bzw. den Wirtschaftszweig/die Branche der unterbrochenen Tätigkeit.

i Wenn der Betrieb **mehrere Niederlassungen** hat, nennen Sie den wirtschaftlichen Schwerpunkt der örtlichen Niederlassung und nicht des gesamten Unternehmens.

Wenn Sie in **Zeit- oder Leiharbeit** tätig waren, tragen Sie bitte den Wirtschaftszweig/die Branche ein, in dem/der Sie Ihre letzte/unterbrochene Tätigkeit ausgeübt haben.

Bitte geben Sie den **Wirtschaftszweig/ die Branche** so genau wie möglich an, z. B.
 – Lebensmitteleinzelhandel (nicht: Handel)
 – Werkzeugmaschinenbau (nicht: Fabrik)
 – Gebäudeverwaltung, Hausmeisterdienste, Unternehmensberatung (nicht: Dienstleistung)
 – Softwareentwicklung (nicht: IT)

Siehe auch S. 116:

10 „Betrieb (örtliche Niederlassung)“.

Person 1	<input type="text"/>
Person 2	<input type="text"/>
Person 3	<input type="text"/>
Person 4	<input type="text"/>
Person 5	<input type="text"/>

224 Waren Sie in der letzten/unterbrochenen Tätigkeit im öffentlichen Dienst beschäftigt?

i **Zum öffentlichen Dienst gehören** Behörden von Gemeinden, Ländern und Bund, öffentliche Schulen, die Agentur für Arbeit, Sozialversicherungsträger, Polizei, Bundeswehr.

Wenn Sie zuletzt in einem privatisierten Nachfolgeunternehmen der Deutschen Post/der Bundesbahn oder in der Kirche beschäftigt waren, geben Sie hier bitte ‚Nein‘ an.

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Ja	<input type="checkbox"/>				
Nein	<input type="checkbox"/>				

225 Welche Art von Beschäftigungsverhältnis hatten Sie in Ihrer letzten Haupttätigkeit?

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Ein unbefristetes Beschäftigungsverhältnis	<input type="checkbox"/>				
Ein befristetes Beschäftigungsverhältnis	<input type="checkbox"/>				

226 Haben Sie in der Berichtswoche oder den 3 Wochen davor etwas unternommen, um eine (neue) Arbeit zu finden? Dazu gehört auch die Suche nach einer Arbeit mit wenigen Stunden oder Aktivitäten zur Gründung einer Firma.

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Ja	1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nein	8 <input type="checkbox"/> → 228	<input type="checkbox"/> → 228			

227 Was haben Sie in der Berichtswoche oder in den 3 Wochen davor unternommen, um eine neue Tätigkeit zu finden?

Kreuzen Sie bitte alles Zutreffende an.

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Suche über Agentur für Arbeit (Arbeitsamt) oder andere Behörden der Arbeitsvermittlung	1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Suche über private Arbeitsvermittlungen	2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stellenanzeigen aufgegeben	3 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bewerbung auf Stellenanzeigen	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bewerbung auf nicht ausgeschriebene Stellen (Initiativbewerbung)	5 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nachfrage bei Freunden, Verwandten, Bekannten	6 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Durchsehen von Stellenanzeigen	7 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tests, Vorstellungsgespräche, Prüfungen	8 <input type="checkbox"/> → 238	<input type="checkbox"/> → 238			
Online-Lebensläufe einstellen oder aktualisieren	13 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Suche nach Grundstücken, Geschäftsräumen, Ausrüstungsgegenständen für eine selbstständige/freiberufliche Tätigkeit	9 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bemühungen um Genehmigungen, Konzessionen oder Geldmittel für eine selbstständige/freiberufliche Tätigkeit	10 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige Bemühungen für eine selbstständige/freiberufliche Tätigkeit	11 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige Bemühungen	12 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

228 Haben Sie in der Berichtswoche bereits eine Arbeit gefunden?

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Ja, ich habe in der Berichtswoche eine Arbeit gefunden und diese bereits begonnen.	1 <input type="checkbox"/> → 238	<input type="checkbox"/> → 238			
Ja, ich habe in der Berichtswoche eine Arbeit gefunden, aber diese noch nicht begonnen.	2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nein, ich habe in der Berichtswoche keine Arbeit gefunden.	8 <input type="checkbox"/> → 230	<input type="checkbox"/> → 230			

229 Wann nehmen Sie Ihre neue Arbeit auf?

Innerhalb der nächsten 3 Monate nach der Berichts-
woche.
Erst später, also nach mehr als 3 Monaten nach der
Berichtswoche.

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
1	<input type="checkbox"/>				
8	<input type="checkbox"/>				

230 Auch wenn Sie keine Arbeit suchen, würden Sie dennoch gerne arbeiten?

i Gemeint sind auch hier Tätigkeiten, die nur
wenige Stunden umfassen.

Ja
Nein

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
1	<input type="checkbox"/>				
8	<input type="checkbox"/> → 236				

**231 Aus welchem Grund haben Sie in der Berichts-
woche und den 3 Wochen davor keine Arbeit
gesucht?**

Wenn mehrere Gründe zutreffen, kreuzen Sie bitte den
Hauptgrund an.

Keine passende Tätigkeit verfügbar
Wiedereinstellung (nach vorübergehender
Entlassung) erwartet
Eigene Krankheit, Unfallfolgen
Dauerhaft verminderte Erwerbsfähigkeit,
Behinderung
Betreuung von Kindern
Betreuung von Menschen mit Behinderung
Betreuung von pflegebedürftigen Personen
Andere familiäre Verpflichtungen
Andere persönliche Verpflichtungen
Schulische oder berufliche Ausbildung, Studium
Ruhestand
Anderer Hauptgrund

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
1	<input type="checkbox"/>				
2	<input type="checkbox"/>				
3	<input type="checkbox"/>				
4	<input type="checkbox"/>				
5	<input type="checkbox"/>				
6	<input type="checkbox"/>				
7	<input type="checkbox"/>				
8	<input type="checkbox"/>				
9	<input type="checkbox"/>				
10	<input type="checkbox"/>				
11	<input type="checkbox"/>				
12	<input type="checkbox"/>				

**232 Aus welchem Grund betreuen Sie Kinder,
Menschen mit Behinderung oder pflege-
bedürftige Personen selbst?**

Kreuzen Sie bitte alles Zutreffende an.

In der Nähe gibt es kein geeignetes Betreuungs-
angebot.
Zu den benötigten Tageszeiten steht kein
geeignetes Betreuungsangebot zur Verfügung.
Das geeignete Betreuungsangebot ist nicht
bezahlbar.
Ich möchte die Betreuung selbst übernehmen.
Andere Gründe sind ausschlaggebend.

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
1	<input type="checkbox"/>				
2	<input type="checkbox"/>				
3	<input type="checkbox"/>				
4	<input type="checkbox"/>				
9	<input type="checkbox"/>				

233 Angenommen, Ihnen wäre in der Berichtswoche eine bezahlte Arbeit angeboten worden, könnten Sie diese innerhalb der darauffolgenden 2 Wochen aufnehmen?

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Ja	1 <input type="checkbox"/> → 240	<input type="checkbox"/> → 240			
Nein	8 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

234 Aus welchem Grund könnten Sie eine neue Tätigkeit nicht in den darauffolgenden 2 Wochen aufnehmen?

Wenn mehrere Gründe zutreffen, kreuzen Sie bitte den Hauptgrund an.

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Schulische oder berufliche Ausbildung/Studium	1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eigene Krankheit, Unfallfolgen	2 <input type="checkbox"/> → 240	<input type="checkbox"/> → 240			
Dauerhaft verminderte Erwerbsfähigkeit, Behinderung	3 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Betreuung von Kindern	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Betreuung von Menschen mit Behinderung	5 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Betreuung von pflegebedürftigen Personen	6 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere familiäre Verpflichtungen	7 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere persönliche Verpflichtungen	8 <input type="checkbox"/> → 240	<input type="checkbox"/> → 240			
Ruhestand	9 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anderer Hauptgrund	10 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

235 Aus welchem Grund betreuen Sie Kinder, Menschen mit Behinderung oder pflegebedürftige Personen selbst?

Kreuzen Sie bitte alles Zutreffende an.

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
In der Nähe gibt es kein geeignetes Betreuungsangebot.	1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zu den benötigten Tageszeiten steht kein geeignetes Betreuungsangebot zur Verfügung.	2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Das geeignete Betreuungsangebot ist nicht bezahlbar.	3 <input type="checkbox"/> → 240	<input type="checkbox"/> → 240			
Ich möchte die Betreuung selbst übernehmen.	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere Gründe sind ausschlaggebend.	9 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

MUSTER

236 Aus welchem Grund möchten oder können Sie nicht arbeiten?

Wenn mehrere Gründe zutreffen, kreuzen Sie bitte den Hauptgrund an.

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Schulische oder berufliche Ausbildung, Studium	<input type="checkbox"/>				
Eigene Krankheit, Unfallfolgen	<input type="checkbox"/>				
Dauerhaft verminderte Erwerbsfähigkeit, Behinderung	<input type="checkbox"/>				
Betreuung von Kindern	<input type="checkbox"/>				
Betreuung von Menschen mit Behinderung	<input type="checkbox"/>				
Betreuung von pflegebedürftigen Personen	<input type="checkbox"/>				
Anderer familiäre Verpflichtungen	<input type="checkbox"/>				
Anderer persönliche Verpflichtungen	<input type="checkbox"/>				
Ruhestand	<input type="checkbox"/>				
Anderer Hauptgrund	<input type="checkbox"/>				

237 Aus welchem Grund betreuen Sie Kinder, Menschen mit Behinderung oder pflegebedürftige Personen selbst?

Kreuzen Sie bitte alles Zutreffende an.

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
In der Nähe gibt es kein geeignetes Betreuungsangebot.	<input type="checkbox"/>				
Zu den benötigten Tageszeiten steht kein geeignetes Betreuungsangebot zur Verfügung.	<input type="checkbox"/>				
Das geeignete Betreuungsangebot ist nicht bezahlbar.	<input type="checkbox"/>				
Ich möchte die Betreuung selbst übernehmen.	<input type="checkbox"/>				
Anderer Gründe sind ausschlaggebend.	<input type="checkbox"/>				

238 Wie lange suchen oder suchten Sie eine (andere) Tätigkeit?

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Weniger als 1 Monat	<input type="checkbox"/>				
1 Monat bis unter 3 Monate	<input type="checkbox"/>				
3 Monate bis unter 6 Monate	<input type="checkbox"/>				
6 Monate bis unter 12 Monate	<input type="checkbox"/>				
1 Jahr bis unter 1½ Jahre	<input type="checkbox"/>				
1½ Jahre bis unter 2 Jahre	<input type="checkbox"/>				
2 Jahre bis unter 4 Jahre	<input type="checkbox"/>				
4 Jahre oder mehr	<input type="checkbox"/>				

239 Angenommen, Ihnen wäre in der Berichtswoche eine bezahlte Arbeit angeboten worden, könnten Sie diese innerhalb der darauffolgenden 2 Wochen aufnehmen?

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Ja	1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nein	8 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Selbsteinschätzung zur Lebenssituation in der Berichtswoche

240 Wenn Sie Ihre Situation in der Berichtswoche betrachten: Was traf überwiegend auf Sie zu?

i Siehe auch S. 115:
6 „Altersteilzeit“ und
7 „Pflegezeitgesetz/Familienpflegezeitgesetz“.

Angestellte/-r, Arbeiter/-in, Beamtin/Beamter
 (auch Zeit-, Berufssoldat/-in , Auszubildende/-r)
 und derzeit in

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Elternzeit	1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Altersteilzeit	2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
vollständiger oder teilweiser Freistellung nach dem Pflegezeitgesetz	3 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
teilweiser Freistellung nach dem Familienpflegezeitgesetz	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angestellte/-r, Arbeiter/-in, Beamtin/Beamter (auch Zeit-, Berufssoldat/-in , Auszubildende/-r) nicht in Elternzeit/Altersteilzeit/Freistellung	5 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Selbstständige/-r, Freiberufler/-in					
ohne Beschäftigte	6 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mit Beschäftigten	7 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unbezahlt mithelfende/-r Familienangehörige/-r im familieneigenen Betrieb	8 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Im Bundesfreiwilligendienst (auch soziales, ökologisches oder kulturelles Jahr), im freiwilligen Wehrdienst	9 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schüler/-in, Student/-in	10 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Im Ruhestand oder im Vorruhestand	11 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arbeitslos	12 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hausfrau/Hausmann, Betreuung von Kindern oder pflegebedürftigen Personen	13 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dauerhaft erwerbsunfähig	14 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges	15 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

MUSTER

241 Ist diese Wohnung Ihr Hauptwohnsitz?

Ja

Nein

Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/> → 250				

242 In welchem Jahr waren Sie erstmals erwerbstätig?

i **Dazu zählt auch** die Lehre/betriebliche Berufsausbildung und die Ausbildung an einer Berufsakademie/Dualen Hochschule.

Kreuzen Sie „**Trifft nicht zu**“ auch dann an, wenn Sie bislang ausschließlich Grundwehrdienst/freiwilligen Wehrdienst oder Zivildienst/Bundesfreiwilligendienst geleistet haben oder als Schüler/-in, Student/-in eine (Neben-)Tätigkeit ausgeübt haben.

Jahr der Arbeitsaufnahme

Trifft nicht zu

Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/> → 250				

243 Wie viele Jahre waren Sie seitdem in Erwerbstätigkeit?

i Zählen Sie nur die Jahre, die Sie tatsächlich in Erwerbstätigkeit verbracht haben.

Dazu zählt auch die Lehre/betriebliche Berufsausbildung und die Ausbildung an einer Berufsakademie/Dualen Hochschule.

Runden Sie bitte auf volle Jahre auf.

Anzahl der Jahre

Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
<input type="checkbox"/>				

244 Sind Sie überwiegend nicht erwerbstätig (siehe Frage 240, Antwort 9-15), aber arbeiten in einer üblichen Woche mindestens 1 Stunde gegen Bezahlung (Nebenjob)?

Ja

Nein

Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/> → 249				

Muster

245 Welche berufliche Stellung hatten Sie in Ihrer letzten Haupttätigkeit?

i Siehe auch S. 115: **B** „Zuordnung der Tätigkeit“.

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Selbstständige/-r, Freiberufler/-in					
ohne Beschäftigte	1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mit Beschäftigten	2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unbezahlt mithelfende/-r Familienangehörige/-r im familieneigenen Betrieb	3 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beamtin/Beamter (ohne Anwärter/-in), Richter/-in	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angestellte/-r (ohne Auszubildende)	5 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arbeiter/-in (ohne Auszubildende), Heimarbeiter/-in	6 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In Ausbildung mit Ausbildungsvergütung	7 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beamtenanwärter/-in	8 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Volontär/-in, Trainee, Person im bezahlten Praktikum	9 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zeit-, Berufssoldat/-in	10 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grundwehr-, Zivildienstleistender	11 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Im freiwilligen Wehrdienst	12 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Im Bundesfreiwilligendienst (auch soziales, ökologisches oder kulturelles Jahr)	13 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trifft nicht zu	99 <input type="checkbox"/> → 249	<input type="checkbox"/> → 249			

246 Bitte beschreiben Sie Ihre letzte Haupttätigkeit in Stichworten.

- i** Z. B.
- Verkauf von Kleidung
 - Kinder an der Grundschule unterrichten
 - Kundinnen und Kunden über Reiseangebote beraten und informieren
 - Bauwerke im Hochbau entwerfen oder planen
 - Elektronische Schaltungen aufbauen und prüfen
 - Beton, Gips und Mörtel mischen
 - Patientinnen und Patienten (vor, während und nach Operationen) betreuen und versorgen

Person 1	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
Person 2	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
Person 3	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
Person 4	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
Person 5	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>

247 Welche Berufsbezeichnung hatte Ihre letzte Haupttätigkeit?

- i** Z. B.
- Modeverkäufer/-in
 - Grundschullehrer/-in
 - Reiseverkehrskaufmann/-frau
 - Bauingenieur/-in
 - Elektronikmechaniker/-in
 - Bauhilfsarbeiter/-in
 - Krankenpfleger/-in

Person 1	<input type="text"/>
Person 2	<input type="text"/>
Person 3	<input type="text"/>
Person 4	<input type="text"/>
Person 5	<input type="text"/>

248 Tragen Sie den Wirtschaftszweig/die Branche des Betriebs (örtliche Niederlassung) ein, in dem/der Sie zuletzt in Ihrer Haupttätigkeit gearbeitet haben.

i Wenn der Betrieb **mehrere Niederlassungen** hat, nennen Sie den wirtschaftlichen Schwerpunkt der örtlichen Niederlassung und nicht des gesamten Unternehmens.

Wenn Sie in **Zeit- oder Leiharbeit** tätig waren, tragen Sie bitte den Wirtschaftszweig/die Branche ein, in dem/der Sie Ihre letzte Tätigkeit ausgeübt haben.

- Bitte geben Sie den **Wirtschaftszweig/** die **Branche** so genau wie möglich an, z. B.
- Lebensmitteleinzelhandel (nicht: Handel)
 - Werkzeugmaschinenbau (nicht: Fabrik)
 - Gebäudeverwaltung, Hausmeisterdienste, Unternehmensberatung (nicht: Dienstleistung)
 - Softwareentwicklung (nicht: IT)

Siehe auch S. 116:

 „Betrieb (örtliche Niederlassung)“.

Person 1	<input type="text"/>
Person 2	<input type="text"/>
Person 3	<input type="text"/>
Person 4	<input type="text"/>
Person 5	<input type="text"/>

freiwillig

249 Bitte betrachten Sie die letzten 5 Jahre. Wie lange war die Dauer der letzten Arbeitslosigkeit?

Keine Arbeitslosigkeit in den letzten 5 Jahren 0

Dauer der letzten Arbeitslosigkeit in Monaten

Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
<input type="checkbox"/>				
_ _	_ _	_ _	_ _	_ _

250 Woraus beziehen Sie überwiegend die Mittel für Ihren Lebensunterhalt?

i Siehe auch S. 116:
12 „Überwiegender Lebensunterhalt“.

Überwiegender Lebensunterhalt:
 Ziffer aus der Liste 250

Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
<input type="text"/>				

Liste 250

Eigene Erwerbstätigkeit, Berufstätigkeit	1	Einkünfte von dem/von der Lebens- oder Ehepartner/-in oder von anderen Angehörigen	14
Arbeitslosengeld I (ALG I)	2	Unterhaltszahlungen oder sonstige regelmäßige Zahlungen von anderen Privathaushalten	9
Arbeitslosengeld II (Hartz IV), Sozialgeld	3	BAföG, Stipendium	10
Sozialhilfe, z. B. Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung, Hilfe zur Pflege, Hilfe zum Lebensunterhalt	4	Asylbewerberleistungen	11
Rente, Pension	5	Zahlungen aus der eigenen Pflegeversicherung (Pflegegeld)	12
Eigenes Vermögen, Ersparnisse, Zinsen, Vermietung, Verpachtung, Altenteil, Lebensversicherung, Versorgungswerk	6	Sonstige Unterstützungen, z. B. Vorruhestandsgeld, Pflegegeld für Pflegekinder, Krankengeld, Darlehen nach dem Pflegezeit- oder Familienpflegezeitgesetz	13
Elterngeld	7		
Einkünfte der Eltern	8		

Muster

251 Wie hoch war Ihr persönliches Nettoeinkommen (Summe aller Einkünfte) im Monat vor der Berichtswoche insgesamt?

i Das persönliche Nettoeinkommen

errechnet sich aus den Bruttoeinkünften abzüglich Steuern und Beiträgen zur Kranken-, Pflege-, Arbeitslosen- und gesetzlichen Rentenversicherung.

Dazu zählen:

- Verdienste aus Haupt- und Nebentätigkeit/-en, Sonderzahlungen (z. B. Weihnachtsgeld, Abfindungen, Bonuszahlungen)
- Renten, Pensionen
- Arbeitslosengeld I, Arbeitslosengeld II (Hartz IV), Sozialgeld
- Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung, Hilfe zur Pflege, Hilfe zum Lebensunterhalt und andere Sozialhilfeleistungen
- Leistungen für Unterkunft und Heizung, Wohngeld, Kindergeld, Pflegegeld, Elterngeld, BAföG und sonstige öffentliche Zahlungen
- Unterhaltszahlungen oder sonstige regelmäßige Zahlungen von anderen Privathaushalten
- weitere Einkünfte und Einnahmen (z. B. aus unternehmerischer Tätigkeit, aus Vermietung und Verpachtung, Zinsen, Dividenden)

Siehe auch S. 116: **IE** „Nettoeinkommen“.

Persönliches Nettoeinkommen:

Ziffer aus der Liste 251

Ich hatte kein Einkommen. ⁹⁰

Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
<input type="text"/>				
<input type="checkbox"/>				

Liste 251

Unter 250 Euro	1	3 000 bis unter 3 250 Euro	13
250 bis unter 500 Euro	2	3 250 bis unter 3 500 Euro	14
500 bis unter 750 Euro	3	3 500 bis unter 4 000 Euro	15
750 bis unter 1 000 Euro	4	4 000 bis unter 4 500 Euro	16
1 000 bis unter 1 250 Euro	5	4 500 bis unter 5 000 Euro	17
1 250 bis unter 1 500 Euro	6	5 000 bis unter 6 000 Euro	18
1 500 bis unter 1 750 Euro	7	6 000 bis unter 7 000 Euro	19
1 750 bis unter 2 000 Euro	8	7 000 bis unter 8 000 Euro	20
2 000 bis unter 2 250 Euro	9	8 000 bis unter 10 000 Euro	21
2 250 bis unter 2 500 Euro	10	10 000 bis unter 15 000 Euro	22
2 500 bis unter 2 750 Euro	11	15 000 bis unter 25 000 Euro	23
2 750 bis unter 3 000 Euro	12	25 000 Euro oder mehr	24

252 Wie hoch war das Nettoeinkommen Ihres Haushalts im Monat vor der Berichtswoche insgesamt?

i Das Haushaltsnettoeinkommen ist die Summe der Nettoeinkommen aller Personen im Haushalt.

Haushaltsnettoeinkommen

Falls Sie keinen genauen Betrag angeben können, ordnen Sie bitte die Höhe Ihres monatlichen Haushaltsnettoeinkommens einer der in der Liste 251 stehenden Größenklassen zu.

Ziffer aus der Liste 251

Monatsbetrag
(Volle Euro)

253 Ist diese Wohnung für mindestens eine Person im Haushalt, die am 31.12.2020 16 Jahre oder älter war, der Hauptwohnsitz?

- Ja
- Nein → 258

254 Wie hat sich das Haushaltsnettoeinkommen gegenüber dem Vorjahr geändert?

i Bitte berücksichtigen Sie das Einkommen aller Haushaltsmitglieder.

- Das Haushaltsnettoeinkommen ist gestiegen. 1
- Das Haushaltsnettoeinkommen ist mehr oder weniger unverändert. 2 → 257
- Das Haushaltsnettoeinkommen ist gesunken. 3 → 256

255 Was ist der Hauptgrund für den Anstieg des Haushaltsnettoeinkommens?

- Gehaltserhöhung oder Erhöhung der Arbeitszeit 1
- Wiederaufnahme der Arbeit nach Krankheit, Elternzeit, Elternurlaub, Kinderbetreuung oder Betreuung einer kranken oder pflegebedürftigen Person 2
- Arbeitsplatzwechsel oder neue Arbeitsstelle 3 → 257
- Änderungen in der Haushaltszusammensetzung 4
- Anstieg von Sozial- oder Transferleistungen 5
- Indexbindung oder Neubewertung des Gehalts (nur für Arbeitnehmer in Belgien oder Luxemburg) 6
- Sonstige Gründe 7

256 Was ist der Hauptgrund für den Rückgang des Haushaltsnettoeinkommens?

- Weniger Lohn/Gehalt oder Reduzierung der Arbeitszeit (umfasst auch unfreiwilligen Wechsel in Selbstständigkeit) 1
- Elternzeit, Elternurlaub, Kinderbetreuung oder Betreuung einer kranken oder pflegebedürftigen Person 2
- Neue Arbeitsstelle 3
- Verlust der Arbeitsstelle, Arbeitslosigkeit (auch Aufgabe des eigenen Unternehmens bei Selbstständigkeit) 4
- Arbeitsunfähigkeit aufgrund von Krankheit, Pflegebedürftigkeit oder Behinderung 5
- Scheidung, Auflösung der Partnerschaft oder andere Änderungen in der Haushaltszusammensetzung 6
- Eintritt in den Ruhestand 7
- Kürzung von Sozial- oder Transferleistungen 8
- Sonstige Gründe 9

MUSTER

257 Wie schätzen Sie die Entwicklung Ihres Haushaltsnettoeinkommens für die nächsten 12 Monate ein?

Das künftige Haushaltseinkommen ...

- wird sich verbessern. 1
- bleibt unverändert. 2
- wird sich verschlechtern. 3

258 Sind Sie 15 Jahre oder älter?

- Ja
- Nein

Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/> → Ende				

Hier endet der Fragebogen für Personen unter 15 Jahren!

Bildungs- und Ausbildungsabschlüsse

259 Haben Sie einen allgemeinen Schulabschluss?

- Ja
- Nein/Noch nicht

Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/> → 263				

260 Welchen höchsten Abschluss haben Sie?

Ordnen Sie bitte im Ausland erworbene Abschlüsse einem gleichwertigen deutschen Abschluss zu.

- Abschluss nach höchstens 7 Jahren Schulbesuch 1
- Haupt-/Volksschulabschluss 2
- Polytechnische Oberschule der DDR
mit Abschluss der 8. oder 9. Klasse 3
- mit Abschluss der 10. Klasse 4
- Realschulabschluss, Mittlere Reife oder gleichwertiger Abschluss 5
- Fachhochschulreife 6
- Abitur (allgemeine oder fachgebundene Hochschulreife) 7
- Förderschulabschluss 8

Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>				

261 Haben Sie Ihren Schulabschluss im Inland oder im Ausland erworben?

- Inland 1
- Ausland 2

Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
<input type="checkbox"/> → 263				
<input type="checkbox"/>				

262 Wie lange dauerte der Schulbesuch?

Auf volle Jahre auf- oder abrunden.

Anzahl der Schuljahre

Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
<input type="text"/>				

263 Haben Sie einen beruflichen Ausbildungsabschluss oder einen Hochschulabschluss?

I Als berufliche Ausbildung gilt auch das Berufsvorbereitungsjahr, eine Anlernausbildung oder ein Praktikum von mindestens 12 Monaten. Zu einem Hochschulabschluss zählt auch ein Fachhochschulabschluss.

Ja 1

Nein/Noch nicht 8

Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
<input type="checkbox"/> → 265				
<input type="checkbox"/>				

264 In welchem Jahr haben Sie Ihren höchsten allgemeinen Schulabschluss erworben?

Jahr

Trifft nicht zu, habe keinen/noch keinen allgemeinen Schulabschluss.

Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
<input type="text"/>				
↳ 271	↳ 271	↳ 271	↳ 271	↳ 271
<input type="checkbox"/> → 271				

265 In welchem Jahr haben Sie Ihren höchsten beruflichen Ausbildungsabschluss bzw. Hochschulabschluss erworben?

Jahr

Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
<input type="text"/>				

266 Haben Sie Ihren höchsten beruflichen Ausbildungsabschluss bzw. Hochschulabschluss im Inland oder im Ausland erworben?

Inland 1

Ausland 2

Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>				

Muster

267 Welchen höchsten Abschluss haben Sie?

Ordnen Sie bitte im Ausland erworbene Abschlüsse einem gleichwertigen deutschen Abschluss zu.

Beruflicher Ausbildungsabschluss

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Anlernausbildung	1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Berufliches Praktikum	2 <input type="checkbox"/> → 271	<input type="checkbox"/> → 271			
Berufsvorbereitungsjahr	3 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lehre, Berufsausbildung im dualen System	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Berufsqualifizierender Abschluss an einer Berufsfachschule, Kollegschule	5 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vorbereitungsdienst für den mittleren Dienst in der öffentlichen Verwaltung	6 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ausbildungsstätte/Schule für Gesundheits- und Sozialberufe					
einjährig (z. B. Altenpflegehelfer/-in)	7 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
zweijährig (z. B. Masseur/-in, PTA)	8 <input type="checkbox"/> → 270	<input type="checkbox"/> → 270			
dreijährig (z. B. Physiotherapie, MTA, Altenpflege)	9 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erzieher/-in	10 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meister/-in	11 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Techniker/-in oder gleichwertiger Fachschulabschluss	12 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fachschule der DDR	13 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fachakademie (nur in Bayern)	14 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

MUSTER

Hochschulen

Diplom, Bachelor, Master, Magister, Staatsprüfung, Lehramtsprüfung:

Berufsakademie	15 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verwaltungsfachhochschule	16 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fachhochschule (auch Ingenieurschule, Hochschule [FH] für angewandte Wissenschaften), Duale Hochschule (in Baden-Württemberg und Thüringen)	17 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Universität (wissenschaftliche Hochschule, auch: Kunsthochschule, Pädagogische Hochschule, Theologische Hochschule)	18 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Promotion	19 <input type="checkbox"/> → 269	<input type="checkbox"/> → 269			

268 Wie ist die Bezeichnung Ihres höchsten Abschlusses an einer Hochschule?

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Bachelor	1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Master	2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diplom, Lehramtsprüfung, Staatsprüfung, Magister, künstlerischer Abschluss und vergleichbare Abschlüsse	3 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

269 Haben Sie in der Berichtswoche oder den 12 Monaten davor an Ihrer Promotion gearbeitet?

i Es sind nur Promotionen gemeint, die durch eine Doktormutter oder einen Doktorvater betreut werden.

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Ja	1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nein	8 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

270 Wie heißt die (Haupt-)Fachrichtung Ihres höchsten beruflichen Ausbildungs- bzw. Hochschulabschlusses?

i Berufliche Fachrichtungen sind
z. B. Altenpflege, Floristik, Maurer/-in, Mechatroniker/-in, Betreuungsassistent/-in, Industriekaufmann/-frau.

Studien-Fachrichtungen sind
z. B. Maschinenbau, Produktionstechnik, Agrarwissenschaften, Lehramt für das Gymnasium.

Hauptfachrichtung:

Person 1

Person 2

Person 3

Person 4

Person 5

MUSTER

Allgemeine und berufliche Weiterbildung

271 Haben Sie in den 4 Wochen vor der Berichtswoche an Kursen oder Seminaren zur beruflichen Weiterbildung oder zu Freizeit-, Sport- oder Hobbythemen teilgenommen?

i Formen der Weiterbildung sind
z. B. Kurse, Seminare, Lehrgänge, Tagungen, Privatunterricht, Studienzirkel, E-Learning-Fortbildungen.

Berufliche Weiterbildungen sind
Umschulungen, Lehrgänge oder Kurse für einen beruflichen Aufstieg bzw. für neue berufliche Aufgaben, Fortbildungen (z. B. Computer, Management, Rhetorik).

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Ja	1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nein	8 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Rentenversicherung

272 Beziehen Sie eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung aus Altersgründen?

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Ja	1 <input type="checkbox"/> → 274	<input type="checkbox"/> → 274			
Nein	8 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

273 Waren Sie in der Berichtswoche in einer gesetzlichen Rentenversicherung versichert?

i Siehe auch S. 116:

14 „Gesetzliche Rentenversicherung“.

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Ja, pflichtversichert	1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ja, freiwillig versichert	2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nein	8 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Internetzugang und Internetnutzung

274 Haben Sie in den letzten 3 Monaten vor der Berichtswoche das Internet genutzt?

i Die Nutzung des Internets kann an beliebigen Orten erfolgt sein (zu Hause, am Arbeitsplatz oder an anderen Orten) und mit beliebigen internetfähigen Geräten (z. B. mit Desktop-PC, Laptop, Tablet, Smartphone, Spielekonsole, E-Book-Reader).

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Ja	1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nein	8 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

275 Ist diese Wohnung Ihr Hauptwohnsitz?

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Ja	<input type="checkbox"/>				
Nein	<input type="checkbox"/> → Ende				

276 Waren Sie am 31.12.2020 16 Jahre oder älter?

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Ja	<input type="checkbox"/>				
Nein	<input type="checkbox"/> → Ende				

MUSTER

277 Wie ist Ihr Gesundheitszustand im Allgemeinen?

Kreuzen Sie bitte nur eine Antwort an.

		Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Sehr gut	1	<input type="checkbox"/>				
Gut	2	<input type="checkbox"/>				
Mittelmäßig	3	<input type="checkbox"/>				
Schlecht	4	<input type="checkbox"/>				
Sehr schlecht	5	<input type="checkbox"/>				

278 Haben Sie eine chronische Krankheit oder ein lang andauerndes gesundheitliches Problem?

i Damit gemeint sind Krankheiten oder gesundheitliche Probleme, die mindestens 6 Monate andauern oder voraussichtlich andauern werden.

		Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Ja	1	<input type="checkbox"/>				
Nein	8	<input type="checkbox"/>				

279 Sind Sie dauerhaft durch ein gesundheitliches Problem bei Tätigkeiten des normalen Alltagslebens eingeschränkt?

		Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Ja	1	<input type="checkbox"/>				
Nein	8	<input type="checkbox"/> → 282				

280 Wie stark sind Sie bei Tätigkeiten des normalen Alltagslebens eingeschränkt?

		Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Stark eingeschränkt	1	<input type="checkbox"/>				
Mäßig eingeschränkt	2	<input type="checkbox"/>				

281 Wie lange dauert Ihre Einschränkung bereits an?

		Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Weniger als 6 Monate	1	<input type="checkbox"/>				
6 Monate oder länger	2	<input type="checkbox"/>				

MUSTER

282 Haben Sie in den letzten 12 Monaten für sich selbst ein- oder mehrmals eine zahnärztliche/kieferorthopädische Untersuchung oder Behandlung unbedingt benötigt?

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Ja	1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nein, kein Bedarf an einer Untersuchung oder Behandlung.	8 <input type="checkbox"/> → 285	<input type="checkbox"/> → 285			

283 Haben Sie die benötigte Untersuchung oder Behandlung auch in Anspruch genommen?

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Ja	1 <input type="checkbox"/> → 285	<input type="checkbox"/> → 285			
Nein, mindestens einmal eine benötigte Untersuchung oder Behandlung nicht in Anspruch genommen.	8 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

284 Was war für Sie der wichtigste Grund, die zahnärztliche/kieferorthopädische Untersuchung oder Behandlung nicht in Anspruch zu nehmen?

Kreuzen Sie bitte nur eine Antwort an.

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Ich konnte sie mir nicht leisten (zu teuer).	1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Wartezeit für einen Termin oder eine Behandlung war mir zu lang.	2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich hatte keine Zeit aufgrund von beruflichen Verpflichtungen oder familiären Pflichten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Der Weg war mir zu weit./Ich hatte keine Fahrgelegenheit.	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe Angst vor Zahnärzten/Kieferorthopäden, Krankenhäusern, Untersuchungen oder Behandlungen.	5 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich wollte abwarten, ob sich die Beschwerden von selbst bessern.	6 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich kenne keine gute Zahnärztin/keinen guten Zahnarzt oder Kieferorthopädin/Kieferorthopäden.	7 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich hatte sonstige Gründe.	8 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

285 Haben Sie in den letzten 12 Monaten für sich selbst ein- oder mehrmals eine andere ärztliche Untersuchung oder Behandlung unbedingt benötigt?

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Ja	1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nein, kein Bedarf an Untersuchung oder Behandlung.	8 <input type="checkbox"/> → 288	<input type="checkbox"/> → 288			

286 Haben Sie die benötigte Untersuchung oder Behandlung auch in Anspruch genommen?

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Ja	1 <input type="checkbox"/> → 288	<input type="checkbox"/> → 288			
Nein, mindestens einmal eine benötigte Untersuchung oder Behandlung nicht in Anspruch genommen.	8 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

287 Was war für Sie der wichtigste Grund, die ärztliche Untersuchung oder Behandlung nicht in Anspruch zu nehmen?

Kreuzen Sie bitte nur eine Antwort an.

		Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Ich konnte sie mir nicht leisten (zu teuer).	1	<input type="checkbox"/>				
Die Wartezeit für einen Termin oder eine Behandlung war mir zu lang.	2	<input type="checkbox"/>				
Ich hatte keine Zeit aufgrund von beruflichen Verpflichtungen oder familiären Pflichten.	3	<input type="checkbox"/>				
Der Weg war mir zu weit./Ich hatte keine Fahrgelegenheit.	4	<input type="checkbox"/>				
Ich habe Angst vor Ärzten, Krankenhäusern, Untersuchungen oder Behandlungen.	5	<input type="checkbox"/>				
Ich wollte abwarten, ob sich die Beschwerden von selbst bessern.	6	<input type="checkbox"/>				
Ich kenne keine gute Ärztin/keinen guten Arzt.	7	<input type="checkbox"/>				
Ich hatte sonstige Gründe.	8	<input type="checkbox"/>				

Muster

Einschätzung zur persönlichen Lebenssituation

288 Welche Aussagen treffen auf Ihre persönliche Lebenssituation zu?

Ich kann abgetragene Kleidungsstücke durch neue (nicht Second-Hand-Kleidung) ersetzen.

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Ja 1	<input type="checkbox"/>				
Nein, aus finanziellen Gründen 2	<input type="checkbox"/>				
Nein, aus anderen Gründen 3	<input type="checkbox"/>				

Ich besitze mindestens zwei Paar passende Schuhe für den täglichen Bedarf, die im guten Zustand sind.

Ja 1	<input type="checkbox"/>				
Nein, aus finanziellen Gründen 2	<input type="checkbox"/>				
Nein, aus anderen Gründen 3	<input type="checkbox"/>				

Ich treffe mich wenigstens einmal im Monat mit Freunden oder Verwandten, um gemeinsam etwas zu trinken oder zu essen.

Ja 1	<input type="checkbox"/>				
Nein, aus finanziellen Gründen 2	<input type="checkbox"/>				
Nein, aus anderen Gründen 3	<input type="checkbox"/>				

Ich gehe regelmäßig Freizeitbeschäftigungen nach, auch wenn diese Geld kosten (z. B. Sport treiben, Sportveranstaltungen, Kino, Konzerte).

Ja 1	<input type="checkbox"/>				
Nein, aus finanziellen Gründen 2	<input type="checkbox"/>				
Nein, aus anderen Gründen 3	<input type="checkbox"/>				

Ich gebe in der Woche ein bisschen Geld für mich selbst aus (z. B. für Zeitschriften, kleine Geschenkartikel oder zum Eis essen gehen).

Ja 1	<input type="checkbox"/>				
Nein, aus finanziellen Gründen 2	<input type="checkbox"/>				
Nein, aus anderen Gründen 3	<input type="checkbox"/>				

Ich habe einen Internetzugang für den persönlichen Bedarf, wenn ich ihn benötige (z. B. über Smartphone, Computer, Laptop oder Tablet).

Ja 1	<input type="checkbox"/>				
Nein, aus finanziellen Gründen 2	<input type="checkbox"/>				
Nein, aus anderen Gründen 3	<input type="checkbox"/>				

Muster

freiwillig

289 Sind Sie Mutter oder Vater von mindestens einem Kind im Alter von 17 Jahren oder jünger, das im Haushalt lebt?

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Ja 1	<input type="checkbox"/>				
Nein 8	<input type="checkbox"/> → 291				

290 Gibt es Gründe, die Sie hindern, mehr gemeinsame Zeit mit diesen Kindern, die im Haushalt leben, zu verbringen?

Bei mehreren Gründen geben Sie bitte den Hauptgrund an.

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Ja, wegen meiner Arbeit 1	<input type="checkbox"/>				
Ja, wegen meiner Ausbildung/meines Studiums 2	<input type="checkbox"/>				
Ja, weil getrennt lebend 3	<input type="checkbox"/>				
Ja, aus gesundheitlichen Gründen 4	<input type="checkbox"/>				
Ja, wegen der Entfernung 5	<input type="checkbox"/>				
Ja, das Kind möchte es nicht oder es hat andere Prioritäten. 6	<input type="checkbox"/>				
Ja, sonstiger Grund 7	<input type="checkbox"/>				
Nein, nichts hindert mich, mehr Zeit mit den Kindern zu verbringen. 8	<input type="checkbox"/>				

291 Sind Sie Mutter oder Vater von mindestens einem Kind im Alter von 17 Jahren oder jünger, das nicht im Haushalt lebt?

i Leben beide Elternteile dieser Kinder im Haushalt, geben Sie bitte „Nein“ an.

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Ja, Anzahl der Kinder, die nicht im Haushalt leben 1	<input type="text"/>				
Nein 8	<input type="checkbox"/> → 301				

i Die nachfolgenden Fragen zu den Kindern sind ausschließlich von der Mutter bzw. vom Vater des jeweiligen Kindes zu beantworten.

Kind im Alter von 17 Jahren oder jünger, das nicht im Haushalt lebt

1. Kind 2. Kind 3. Kind 4. Kind

292 Wer ist die Mutter/der Vater des Kindes, das nicht im Haushalt lebt?

Personennummer der Mutter/des Vaters (siehe Namenslasche)

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

293 Wie alt ist das Kind?

Alter des Kindes

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

294 Wie viel Zeit benötigen Sie, um zu Ihrem Kind zu kommen?

i Geben Sie bitte die üblicherweise benötigte Zeit in Minuten an.

Minuten

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

295 Wie häufig haben Sie in den letzten 12 Monaten Kontakt über Telefon, soziale Medien usw. zu Ihrem Kind aufgenommen?

Jeden Tag 1

Mindestens 1-mal in der Woche 2

Mehrmals im Monat 3

1-mal im Monat 4

Weniger als 1-mal im Monat 5

Nie 6

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

296 Wie häufig verbringen Sie aktiv Zeit (z. B. bei Mahlzeiten, Spielen, Hausaufgaben, Spaziergängen, Gesprächen usw.) mit Ihrem Kind?

i Gemeint ist die gemeinsame Zeit, die Sie mit dem Kind verbringen.

Mehrmals am Tag 1

1-mal am Tag 2

Mindestens 1-mal in der Woche 3

Mehrmals im Monat 4

1-mal im Monat 5

Weniger als 1-mal im Monat 6

Nie 7

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

freiwillig

MUSTER

		Kind im Alter von 17 Jahren oder jünger, das nicht im Haushalt lebt						
		1. Kind	2. Kind	3. Kind	4. Kind			
297	Hat das Kind in Ihrem Haushalt einen eigenen Platz zum Schlafen (hierzu zählt auch ein mit Geschwistern geteiltes Schlafzimmer)?							
	Ja	1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	Nein, der Haushalt kann es sich nicht leisten.	2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	Nein, aus anderen Gründen	3 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
298	Wie viele Nächte pro Monat übernachtet das Kind normalerweise bei Ihnen im Haushalt?							
	Anzahl der Nächte pro Monat	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>			
299	Wer hat das Sorgerecht für das Kind?							
	Nur Mutter	1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	Nur Vater	2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	Beide Elternteile zusammen	3 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	Andere (z. B. Großeltern, andere Verwandte, Jugendamt)	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
300	Gibt es Gründe, die Sie hindern, mehr gemeinsame Zeit mit den Kindern, die nicht im Haushalt leben, zu verbringen?							
	<i>Bei mehreren Gründen geben Sie bitte den Hauptgrund an.</i>							
	Ja, wegen meiner Arbeit	1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ja, wegen meiner Ausbildung/meines Studiums	2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ja, weil getrennt lebend	3 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ja, aus gesundheitlichen Gründen	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ja, wegen der Entfernung	5 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ja, das Kind möchte es nicht oder es hat andere Prioritäten.	6 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ja, sonstige Gründe	7 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Nein, nichts hindert mich, mehr Zeit mit den Kindern zu verbringen.	8 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

301 Ganz allgemein gefragt, wie zufrieden sind Sie mit Ihrem Leben insgesamt?

i Antworten Sie auf einer Skala von 0 bis 10, wobei „0“ für „Überhaupt nicht zufrieden“ und „10“ für „Vollkommen zufrieden“ steht.

Kreuzen Sie bitte nur eine Antwort an.

	Überhaupt nicht zufrieden							Vollkommen zufrieden			
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Person 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Person 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Person 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Person 4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Person 5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

freiwillig

302 Manche Leute sagen, dass man den meisten Menschen vertrauen kann. Andere meinen, dass man nicht vorsichtig genug sein kann im Umgang mit anderen Menschen. Glauben Sie, dass man den meisten Menschen vertrauen kann ?

i Antworten Sie auf einer Skala von 0 bis 10, wobei „0“ für „Man kann keinem vertrauen“ und „10“ für „Man kann den meisten vertrauen“ steht.

Kreuzen Sie bitte nur eine Antwort an.

	Man kann keinem vertrauen							Man kann den meisten vertrauen			
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Person 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Person 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Person 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Person 4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Person 5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Muster

303 Haben Sie Verwandte, Freunde, Nachbarn oder andere Personen, die Sie bei Bedarf um finanzielle Hilfe (Geld, Darlehen oder andere ähnliche Unterstützungen) bitten können?

i Gemeint sind Personen, die nicht in Ihrem Haushalt leben.

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Ja	1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nein	8 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

304 Haben Sie Verwandte, Freunde, Nachbarn oder andere Personen, die Sie bei Bedarf um sonstige Hilfe bitten können?

Das kann jemand zum Reden über persönliche Angelegenheiten sein oder Hilfestellungen im Alltag.

i Gemeint sind Personen, die nicht in Ihrem Haushalt leben.

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Ja	1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>] → S. 91, 305	<input type="checkbox"/>] → S. 97, 305	<input type="checkbox"/>] → S. 103, 305	<input type="checkbox"/>] → S. 109, 305
Nein	8 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Muster

Hinweis!

Tragen Sie bitte Ihren Namen seitlich ins Register ein.

Person 1:

305 War Ihre Situation in 2020 das ganze Jahr gleich geblieben?

Ja, tragen Sie bitte die Ziffer aus der Liste 305 ein. → 306

Nein, tragen Sie bitte für jeden Monat die Ziffer aus der Liste 305 ein, die in diesem Monat überwiegend zutraf.

- Januar
- Februar
- März
- April
- Mai
- Juni
- Juli
- August
- September
- Oktober
- November
- Dezember

MUSTER

Liste 305	
Arbeitnehmer/-in, Beamtin/Beamter (auch Zeit-, Berufssoldat/-in) in	Auszubildende/-r mit Ausbildungsvergütung 10
Vollzeit 1	Unbezahlt mithelfende/-r Familienangehörige/-r im familieneigenen Betrieb in
Teilzeit 2	Vollzeit 11
Selbstständige/-r, Freiberufler/-in in	Teilzeit 12
Vollzeit 3	Im Bundesfreiwilligendienst (auch soziales, ökologisches oder kulturelles Jahr) 13
Teilzeit 4	Im freiwilligen Wehrdienst 14
Geringfügig erwerbstätig 5	Schüler/-in, Auszubildende/-r ohne Vergütung, Student/-in 15
Erwerbstätige/-r in	Rentner/-in, Pensionär/-in 16
Elternzeit 6	Arbeitslose/-r 17
Altersteilzeit 7	Hausfrau/Hausmann 18
vollständiger oder teilweiser Freistellung nach dem Pflegezeitgesetz 8	Dauerhaft erwerbsunfähige Person 19
teilweiser Freistellung nach dem Familienpflegezeitgesetz 9	Sonstiges 20

Einkommen aus Erwerbstätigkeit im Jahr 2020

306 Haben Sie im Jahr 2020 Einkommen (Lohn/Gehalt) als Arbeitnehmer/-in erhalten?

i Hierzu gehören auch Minijobs und Besoldungen für Beamte oder Richter.

Ja 1
 Nein 8 → 311

307 Haben Sie im Jahr 2020 folgende Einkommen (Lohn/Gehalt) als Arbeitnehmer/-in oder Beamtin/Beamter erhalten?

i Geben Sie bitte den Nettobetrag (Einkommen nach eventuellem Abzug von Steuern und Sozialversicherungsbeiträgen) an.

	Nein	Ja	Anzahl Monate	freiwillig	
				Nettobetrag pro Monat (Volle Euro)	Jahresnetto-betrag (Volle Euro)
Lohn/Gehalt aus der Haupterwerbstätigkeit (ohne Sonderzahlungen wie Weihnachtsgeld oder Prämien, ohne Firmenwagen und ohne Kindergeld)	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	→ <input type="text"/>	<input type="text"/>	oder <input type="text"/>
Lohn/Gehalt aus Nebenerwerbstätigkeit (ohne Sonderzahlungen)	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	→ <input type="text"/>	<input type="text"/>	oder <input type="text"/>
Lohnersatz für Eltern bei Kita- und Schulschließungen wegen der Coronaviruskrise	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	→ <input type="text"/>	<input type="text"/>	oder <input type="text"/>

308 Haben Sie im Jahr 2020 eine oder mehrere der folgenden Sondervergütungen erhalten?

i Geben Sie bitte den Jahresbetrag in Netto (Einkommen nach eventuellem Abzug von Steuern und Sozialversicherungsbeiträgen) an.

	Nein	Ja	Jahresnettobetrag (Volle Euro)
Weihnachtsgeld	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	→ <input type="text"/>
Urlaubsgeld	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	→ <input type="text"/>
Prämien, Bonuszahlungen und Gewinnbeteiligungen	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	→ <input type="text"/>
Abfindungen bei betriebsbedingten Kündigungen (vor Erreichung des Rentenalters)	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	→ <input type="text"/>
Abfindungen bei Eintritt in den Ruhestand	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	→ <input type="text"/>
Vorruhestandsgeld	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	→ <input type="text"/>

309 Welches Einkommen (Lohn/Gehalt) einschließlich Sondervergütungen haben Sie als Arbeitnehmer/-in oder Beamtin/Beamter im Jahr 2020 erhalten?

i Geben Sie den Gesamtbetrag aller Einkommen aus den Fragen 307 bis 308 an.

Gesamtbetrag Jahresnettobetrag (Volle Euro)

Muster

310 Haben Sie im Jahr 2020 einen geldwerten Vorteil aus der privaten Nutzung eines Firmenwagens oder aus Sach- und Naturalleistungen erhalten?

i Falls der Bruttobetrag des geldwerten Vorteils unbekannt ist, können Sie 1 % des Listenpreises des Firmenwagens zuzüglich 0,03 % des Listenpreises für jeden Entfernungskilometer zwischen Wohnung und Arbeitsstätte eintragen, z. B. bei einer Entfernung von 10 km entspricht das 1,3 % des Listenpreises.

	Nein	Ja	freiwillig	
			Anzahl Monate	Bruttobetrag pro Monat (Volle Euro)
Private Nutzung eines Firmenwagens	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Sach- und Naturalleistungen oder Rabatte (z. B. Werkswohnung, Lebensmittel, Tankgutscheine)	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>	<input type="text"/>

311 Haben Sie im Jahr 2020 Einkommen aus selbstständiger Erwerbstätigkeit erzielt?

Ja 1

Nein 8 → 316

312 Wie hoch waren Ihre Einkommen bzw. Verluste aus selbstständiger oder freiberuflicher Tätigkeit im Jahr 2020?

Jahresbruttobetrag (Volle Euro)

Gewinne

Verluste

313 Haben Sie im Jahr 2020 Vermögen aus Ihrem Betrieb oder Geschäft entnommen. Bitte berücksichtigen Sie hierbei auch Sachentnahmen.

Ja 1

Nein 8 → 315

freiwillig

314 Wie hoch waren die Entnahmen aus dem Betriebs-/Geschäftsvermögen für den Eigenverbrauch?

Jahresnettobetrag (Volle Euro)

Entnahmen

315 Haben Sie im Jahr 2020 eine Erstattung bei Verdienstaussfällen wegen der Coronakrise erhalten?

	Nein	Ja	freiwillig	
			Anzahl Monate	Jahresnettobetrag (Volle Euro)
Erstattung	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Einkommen aus Renten/Pensionen im Jahr 2020

316 Haben Sie im Jahr 2020 Renten/Pensionen aus eigenen Ansprüchen erhalten?

Ja 1

Nein 8 → 318

**317 Welche Einkommen aus Renten/
Pensionen aus eigenen Ansprüchen haben
Sie im Jahr 2020 erhalten?**

i Geben Sie bitte den Nettobetrag (Einkommen nach eventuellem Abzug von Steuern und Sozialversicherungsbeiträgen) an.

	Nein	Ja	Anzahl Monate	Nettobetrag pro Monat (Volle Euro)	Jahresnetto- betrag (Volle Euro)
Altersrente der gesetzlichen Rentenversicherung	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	→ <input type="text"/>	<input type="text"/>	oder <input type="text"/>
Pension (Altersruhegehalt)	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	→ <input type="text"/>	<input type="text"/>	oder <input type="text"/>
Rente der Zusatzversorgungskassen des öffentlichen Dienstes	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	→ <input type="text"/>	<input type="text"/>	oder <input type="text"/>
Werks- oder Betriebsrente	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	→ <input type="text"/>	<input type="text"/>	oder <input type="text"/>
Rente von berufsständischen Versorgungswerken oder von der landwirtschaftlichen Alterskasse	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	→ <input type="text"/>	<input type="text"/>	oder <input type="text"/>
Pension aufgrund von Dienstunfähigkeit	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	→ <input type="text"/>	<input type="text"/>	oder <input type="text"/>
Unfallrente der gesetzlichen Unfallversicherung oder Erwerbsminderungsrente der gesetzlichen Rentenversicherung	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	→ <input type="text"/>	<input type="text"/>	oder <input type="text"/>
davon: Unfallrente der gesetzlichen Unfallversicherung	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	→ <input type="text"/>	<input type="text"/>	oder <input type="text"/>
Erwerbsminderungsrente der gesetzlichen Rentenversicherung	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	→ <input type="text"/>	<input type="text"/>	oder <input type="text"/>
Auslandsrente	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	→ <input type="text"/>	<input type="text"/>	oder <input type="text"/>
Kriegsopfer-, SED-Opfer- oder Lastenausgleichsrente	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	→ <input type="text"/>	<input type="text"/>	oder <input type="text"/>

freiwillig

<input type="text"/>	oder	<input type="text"/>
<input type="text"/>	oder	<input type="text"/>
<input type="text"/>	oder	<input type="text"/>
<input type="text"/>	oder	<input type="text"/>

**318 Haben Sie im Jahr 2020 Einkommen aus
Witwenrenten/-geld oder Waisenrenten/
-geld erhalten?**

	Nein	Ja	Anzahl Monate	Nettobetrag pro Monat (Volle Euro)	Jahresnetto- betrag (Volle Euro)
.....	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	→ <input type="text"/>	<input type="text"/>	oder <input type="text"/>

**319 Welche Art von Witwenrente/-geld oder
Waisenrente/-geld haben Sie im Jahr 2020
bezogen?**

Bitte geben Sie alles Zutreffende an.

Witwenrente/-geld oder Waisenrente/-geld ...

- der gesetzlichen Rentenversicherung 1
- nach dem Beamtenversorgungsgesetz 2
- der Zusatzversorgungskassen, Betriebs- oder Werksrente 3
- der berufsständischen Versorgungswerke oder landwirtschaftlichen Alterskasse 4
- aus einem anderen Land (Auslandsrente) 5
- der gesetzlichen Unfallversicherung 6
- Sonstige öffentliche Witwen- oder Waisenrente 7
- Trifft nicht zu

320 Haben Sie im Jahr 2020 Arbeitslosengeld I oder sonstige Leistungen der Agentur für Arbeit erhalten?

	Nein	Ja	Anzahl Monate	Betrag pro Monat (Volle Euro)	Jahresbetrag (Volle Euro)
Arbeitslosengeld I	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	→ <input type="text"/>	<input type="text"/>	oder <input type="text"/>
Zuschüsse zur Weiterbildung	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	→ <input type="text"/>	<input type="text"/>	oder <input type="text"/>
Förderung der Existenzbildung	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	→ <input type="text"/>	<input type="text"/>	oder <input type="text"/>
Kurzarbeitergeld	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	→ <input type="text"/>	<input type="text"/>	oder <input type="text"/>
Wintergeld	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	→ <input type="text"/>	<input type="text"/>	oder <input type="text"/>
Insolvenzgeld	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	→ <input type="text"/>	<input type="text"/>	oder <input type="text"/>
Übergangsgeld	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	→ <input type="text"/>	<input type="text"/>	oder <input type="text"/>

freiwillig

321 Wie hoch war der Gesamtbetrag der Leistungen der Agentur für Arbeit, die Sie im Jahr 2020 erhalten haben?

i Geben Sie bitte die Summe der Leistungen aus Frage 320 als durchschnittlichen Monatsbetrag oder als Jahresbetrag an.

	Betrag pro Monat (Volle Euro)	Jahresbetrag (Volle Euro)
Gesamtbetrag	<input type="text"/>	oder <input type="text"/>
Trifft nicht zu, habe kein Arbeitslosengeld I oder sonstige Leistungen der Agentur für Arbeit erhalten.	<input type="checkbox"/>	

322 Haben Sie im Jahr 2020 nachfolgende Leistungen erhalten?

	Nein	Ja	Anzahl Monate	Betrag pro Monat (Volle Euro)	Jahresbetrag (Volle Euro)
Öffentliche Ausbildungsförderung (BAföG, Stipendium, Berufsausbildungsbeihilfe)	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	→ <input type="text"/>	<input type="text"/>	oder <input type="text"/>
Elterngeld	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	→ <input type="text"/>	<input type="text"/>	oder <input type="text"/>
Für Studierende: Überbrückungshilfe in pandemiebedingter Notlage	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	→ <input type="text"/>	<input type="text"/>	oder <input type="text"/>
Pflegegeld der gesetzlichen Pflegeversicherung	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	→ <input type="text"/>	<input type="text"/>	oder <input type="text"/>
Mutterschaftsgeld der Krankenkasse	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	→ <input type="text"/>	<input type="text"/>	oder <input type="text"/>
Mutterschaftsgeld des Bundesversicherungsamtes	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	→ <input type="text"/>	<input type="text"/>	oder <input type="text"/>
Familiengeld (nur für Bayern) oder Landeserziehungsgeld (nur für Sachsen)	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	→ <input type="text"/>	<input type="text"/>	oder <input type="text"/>
Krankengeld der gesetzlichen Krankenversicherung	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	→ <input type="text"/>	<input type="text"/>	oder <input type="text"/>
Verletzten- oder Übergangsgeld der gesetzlichen Unfallversicherung	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	→ <input type="text"/>	<input type="text"/>	oder <input type="text"/>
Übergangsgeld der gesetzlichen Rentenversicherung	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	→ <input type="text"/>	<input type="text"/>	oder <input type="text"/>
Blindengeld	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	→ <input type="text"/>	<input type="text"/>	oder <input type="text"/>

freiwillig

Private Vorsorge und Leistungen aus einer privaten Vorsorge im Jahr 2020

323 Haben Sie im Jahr 2020 Beiträge für die private Vorsorge geleistet (z. B. für private Renten-, Lebens-, Berufsunfähigkeits- oder Unfallversicherung)?

Nein 8 Ja 1 →

freiwillig

Anzahl Monate

Betrag pro Monat (Volle Euro)

324 Haben Sie im Jahr 2020 eine Rente aus privater Vorsorge erhalten (z. B. aus einer Lebens-, Renten-, Berufsunfähigkeits- oder Pflegezusatzversicherung)?

Nein 8 Ja 1 →

Anzahl Monate

Betrag pro Monat (Volle Euro)

Beteiligung an der Erhebung

325 Haben Sie die Fragen ab 120 selbst beantwortet?

Ja 1 → 327

Nein, ein anderes Haushaltsmitglied hat die Fragen beantwortet. 2

Nein, eine nicht im Haushalt lebende Person hat die Fragen beantwortet. 3 → 327

326 Welches Haushaltsmitglied hat die Personenfragen beantwortet?

Geben Sie bitte die Nummer (siehe Namenslasche) der Person an, die die Fragen beantwortet hat.

327 Wie viele Minuten haben Sie zur Beantwortung des Fragebogens benötigt?

Anzahl Minuten

freiwillig

Muster

Hinweis!

Tragen Sie bitte Ihren Namen seitlich ins Register ein.

Person 2:

305 War Ihre Situation in 2020 das ganze Jahr gleich geblieben?

Ja, tragen Sie bitte die Ziffer aus der Liste 305 ein. → 306

Nein, tragen Sie bitte für jeden Monat die Ziffer aus der Liste 305 ein, die in diesem Monat überwiegend zutraf.

- Januar
- Februar
- März
- April
- Mai
- Juni
- Juli
- August
- September
- Oktober
- November
- Dezember

MUSTER

Liste 305	
Arbeitnehmer/-in, Beamtin/Beamter (auch Zeit-, Berufssoldat/-in) in	Auszubildende/-r mit Ausbildungsvergütung 10
Vollzeit 1	Unbezahlt mithelfende/-r Familienangehörige/-r im familieneigenen Betrieb in
Teilzeit 2	Vollzeit 11
Selbstständige/-r, Freiberufler/-in in	Teilzeit 12
Vollzeit 3	Im Bundesfreiwilligendienst (auch soziales, ökologisches oder kulturelles Jahr) 13
Teilzeit 4	Im freiwilligen Wehrdienst 14
Geringfügig erwerbstätig 5	Schüler/-in, Auszubildende/-r ohne Vergütung, Student/-in 15
Erwerbstätige/-r in	Rentner/-in, Pensionär/-in 16
Elternzeit 6	Arbeitslose/-r 17
Altersteilzeit 7	Hausfrau/Hausmann 18
vollständiger oder teilweiser Freistellung nach dem Pflegezeitgesetz 8	Dauerhaft erwerbsunfähige Person 19
teilweiser Freistellung nach dem Familienpflegezeitgesetz 9	Sonstiges 20

Einkommen aus Erwerbstätigkeit im Jahr 2020

306 Haben Sie im Jahr 2020 Einkommen (Lohn/Gehalt) als Arbeitnehmer/-in erhalten?

i Hierzu gehören auch Minijobs und Besoldungen für Beamte oder Richter.

Ja 1
 Nein 8 → 311

307 Haben Sie im Jahr 2020 folgende Einkommen (Lohn/Gehalt) als Arbeitnehmer/-in oder Beamtin/Beamter erhalten?

i Geben Sie bitte den Nettobetrag (Einkommen nach eventuellem Abzug von Steuern und Sozialversicherungsbeiträgen) an.

Lohn/Gehalt aus der Haupterwerbstätigkeit (ohne Sonderzahlungen wie Weihnachtsgeld oder Prämien, ohne Firmenwagen und ohne Kindergeld)

Nein 8 Ja 1 → Anzahl Monate

Lohn/Gehalt aus Nebenerwerbstätigkeit (ohne Sonderzahlungen)

Nein 8 Ja 1 → Anzahl Monate

Lohnersatz für Eltern bei Kita- und Schulschließungen wegen der Coronaviruskrise

Nein 8 Ja 1 → Anzahl Monate

freiwillig	
Nettobetrag pro Monat (Volle Euro)	Jahresnetto-betrag (Volle Euro)
<input type="text"/>	oder <input type="text"/>
<input type="text"/>	oder <input type="text"/>
<input type="text"/>	oder <input type="text"/>

308 Haben Sie im Jahr 2020 eine oder mehrere der folgenden Sondervergütungen erhalten?

i Geben Sie bitte den Jahresbetrag in Netto (Einkommen nach eventuellem Abzug von Steuern und Sozialversicherungsbeiträgen) an.

Weihnachtsgeld

Nein 8 Ja 1 → freiwillig Jahresnettobetrag (Volle Euro)

Urlaubsgeld

Nein 8 Ja 1 → freiwillig Jahresnettobetrag (Volle Euro)

Prämien, Bonuszahlungen und Gewinnbeteiligungen

Nein 8 Ja 1 → freiwillig Jahresnettobetrag (Volle Euro)

Abfindungen bei betriebsbedingten Kündigungen (vor Erreichung des Rentenalters)

Nein 8 Ja 1 → freiwillig Jahresnettobetrag (Volle Euro)

Abfindungen bei Eintritt in den Ruhestand

Nein 8 Ja 1 → freiwillig Jahresnettobetrag (Volle Euro)

Vorruhestandsgeld

Nein 8 Ja 1 → freiwillig Jahresnettobetrag (Volle Euro)

309 Welches Einkommen (Lohn/Gehalt) einschließlich Sondervergütungen haben Sie als Arbeitnehmer/-in oder Beamtin/Beamter im Jahr 2020 erhalten?

i Geben Sie den Gesamtbetrag aller Einkommen aus den Fragen 307 bis 308 an.

Gesamtbetrag

Jahresnettobetrag (Volle Euro)

Muster

310 Haben Sie im Jahr 2020 einen geldwerten Vorteil aus der privaten Nutzung eines Firmenwagens oder aus Sach- und Naturalleistungen erhalten?

i Falls der Bruttobetrag des geldwerten Vorteils unbekannt ist, können Sie 1 % des Listenpreises des Firmenwagens zuzüglich 0,03 % des Listenpreises für jeden Entfernungskilometer zwischen Wohnung und Arbeitsstätte eintragen, z. B. bei einer Entfernung von 10 km entspricht das 1,3 % des Listenpreises.

	Nein	Ja	freiwillig	
			Anzahl Monate	Bruttobetrag pro Monat (Volle Euro)
Private Nutzung eines Firmenwagens	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Sach- und Naturalleistungen oder Rabatte (z. B. Werkswohnung, Lebensmittel, Tankgutscheine)	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>	<input type="text"/>

311 Haben Sie im Jahr 2020 Einkommen aus selbstständiger Erwerbstätigkeit erzielt?

Ja 1

Nein 8 → 316

312 Wie hoch waren Ihre Einkommen bzw. Verluste aus selbstständiger oder freiberuflicher Tätigkeit im Jahr 2020?

Jahresbruttobetrag (Volle Euro)

Gewinne

Verluste

313 Haben Sie im Jahr 2020 Vermögen aus Ihrem Betrieb oder Geschäft entnommen. Bitte berücksichtigen Sie hierbei auch Sachentnahmen.

Ja 1

Nein 8 → 315

freiwillig

314 Wie hoch waren die Entnahmen aus dem Betriebs-/Geschäftsvermögen für den Eigenverbrauch?

Jahresnettobetrag (Volle Euro)

Entnahmen

315 Haben Sie im Jahr 2020 eine Erstattung bei Verdienstaussfällen wegen der Coronaviruskrise erhalten?

	Nein	Ja	freiwillig	
			Anzahl Monate	Jahresnettobetrag (Volle Euro)
Erstattung	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Einkommen aus Renten/Pensionen im Jahr 2020

316 Haben Sie im Jahr 2020 Renten/Pensionen aus eigenen Ansprüchen erhalten?

Ja 1

Nein 8 → 318

**317 Welche Einkommen aus Renten/
Pensionen aus eigenen Ansprüchen haben
Sie im Jahr 2020 erhalten?**

i Geben Sie bitte den Nettobetrag (Einkommen nach eventuellem Abzug von Steuern und Sozialversicherungsbeiträgen) an.

	Nein	Ja	Anzahl Monate	Nettobetrag pro Monat (Volle Euro)	Jahresnetto- betrag (Volle Euro)
Altersrente der gesetzlichen Rentenversicherung	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	→ <input type="text"/>	<input type="text"/>	oder <input type="text"/>
Pension (Altersruhegehalt)	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	→ <input type="text"/>	<input type="text"/>	oder <input type="text"/>
Rente der Zusatzversorgungskassen des öffentlichen Dienstes	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	→ <input type="text"/>	<input type="text"/>	oder <input type="text"/>
Werks- oder Betriebsrente	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	→ <input type="text"/>	<input type="text"/>	oder <input type="text"/>
Rente von berufsständischen Versorgungswerken oder von der landwirtschaftlichen Alterskasse	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	→ <input type="text"/>	<input type="text"/>	oder <input type="text"/>
Pension aufgrund von Dienstunfähigkeit	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	→ <input type="text"/>	<input type="text"/>	oder <input type="text"/>
Unfallrente der gesetzlichen Unfallversicherung oder Erwerbsminderungsrente der gesetzlichen Rentenversicherung	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	→ <input type="text"/>	<input type="text"/>	oder <input type="text"/>
davon: Unfallrente der gesetzlichen Unfallversicherung	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	→ <input type="text"/>	<input type="text"/>	oder <input type="text"/>
Erwerbsminderungsrente der gesetzlichen Rentenversicherung	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	→ <input type="text"/>	<input type="text"/>	oder <input type="text"/>
Auslandsrente	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	→ <input type="text"/>	<input type="text"/>	oder <input type="text"/>
Kriegsopfer-, SED-Opfer- oder Lastenausgleichsrente	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	→ <input type="text"/>	<input type="text"/>	oder <input type="text"/>

freiwillig

<input type="text"/>	oder	<input type="text"/>
<input type="text"/>	oder	<input type="text"/>
<input type="text"/>	oder	<input type="text"/>
<input type="text"/>	oder	<input type="text"/>

**318 Haben Sie im Jahr 2020 Einkommen aus
Witwenrenten/-geld oder Waisenrenten/
-geld erhalten?**

	Nein	Ja	Anzahl Monate	Nettobetrag pro Monat (Volle Euro)	Jahresnetto- betrag (Volle Euro)
.....	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	→ <input type="text"/>	<input type="text"/>	oder <input type="text"/>

**319 Welche Art von Witwenrente/-geld oder
Waisenrente/-geld haben Sie im Jahr 2020
bezogen?**

Bitte geben Sie alles Zutreffende an.

Witwenrente/-geld oder Waisenrente/-geld ...

- der gesetzlichen Rentenversicherung 1
- nach dem Beamtenversorgungsgesetz 2
- der Zusatzversorgungskassen, Betriebs- oder Werksrente 3
- der berufsständischen Versorgungswerke oder landwirtschaftlichen Alterskasse 4
- aus einem anderen Land (Auslandsrente) 5
- der gesetzlichen Unfallversicherung 6
- Sonstige öffentliche Witwen- oder Waisenrente 7
- Trifft nicht zu.

320 Haben Sie im Jahr 2020 Arbeitslosengeld I oder sonstige Leistungen der Agentur für Arbeit erhalten?

	Nein	Ja	Anzahl Monate
Arbeitslosengeld I	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	→ <input type="text"/>
Zuschüsse zur Weiterbildung	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	→ <input type="text"/>
Förderung der Existenzbildung	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	→ <input type="text"/>
Kurzarbeitergeld	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	→ <input type="text"/>
Wintergeld	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	→ <input type="text"/>
Insolvenzgeld	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	→ <input type="text"/>
Übergangsgeld	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	→ <input type="text"/>

freiwillig

Betrag pro Monat (Volle Euro)	Jahresbetrag (Volle Euro)
<input type="text"/>	oder <input type="text"/>

321 Wie hoch war der Gesamtbetrag der Leistungen der Agentur für Arbeit, die Sie im Jahr 2020 erhalten haben?

i Geben Sie bitte die Summe der Leistungen aus Frage 320 als durchschnittlichen Monatsbetrag oder als Jahresbetrag an.

	Betrag pro Monat (Volle Euro)	Jahresbetrag (Volle Euro)
Gesamtbetrag	<input type="text"/>	oder <input type="text"/>
Trifft nicht zu, habe kein Arbeitslosengeld I oder sonstige Leistungen der Agentur für Arbeit erhalten.	<input type="checkbox"/>	

322 Haben Sie im Jahr 2020 nachfolgende Leistungen erhalten?

	Nein	Ja	Anzahl Monate
Öffentliche Ausbildungsförderung (BAfö-G, Stipendium, Berufsausbildungsbeihilfe)	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	→ <input type="text"/>
Elterngeld	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	→ <input type="text"/>
Für Studierende: Überbrückungshilfe in pandemiebedingter Notlage	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	→ <input type="text"/>
Pflegegeld der gesetzlichen Pflegeversicherung	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	→ <input type="text"/>
Mutterschaftsgeld der Krankenkasse	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	→ <input type="text"/>
Mutterschaftsgeld des Bundesversicherungsamtes	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	→ <input type="text"/>
Familiengeld (nur für Bayern) oder Landeserziehungsgeld (nur für Sachsen)	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	→ <input type="text"/>
Krankengeld der gesetzlichen Krankenversicherung	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	→ <input type="text"/>
Verletzten- oder Übergangsgeld der gesetzlichen Unfallversicherung	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	→ <input type="text"/>
Übergangsgeld der gesetzlichen Rentenversicherung	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	→ <input type="text"/>
Blindengeld	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	→ <input type="text"/>

freiwillig

<input type="text"/>	oder <input type="text"/>
<input type="text"/>	oder <input type="text"/>

Hinweis!

Tragen Sie bitte Ihren Namen seitlich ins Register ein.

305 War Ihre Situation in 2020 das ganze Jahr gleich geblieben?

Ja, tragen Sie bitte die Ziffer aus der Liste 305 ein. → 306

Nein, tragen Sie bitte für jeden Monat die Ziffer aus der Liste 305 ein, die in diesem Monat überwiegend zutraf.

- Januar
- Februar
- März
- April
- Mai
- Juni
- Juli
- August
- September
- Oktober
- November
- Dezember

MUSTER

Liste 305	
Arbeitnehmer/-in, Beamtin/Beamter (auch Zeit-, Berufssoldat/-in) in	Auszubildende/-r mit Ausbildungsvergütung 10
Vollzeit 1	Unbezahlt mithelfende/-r Familienangehörige/-r im familieneigenen Betrieb in
Teilzeit 2	Vollzeit 11
Selbstständige/-r, Freiberufler/-in in	Teilzeit 12
Vollzeit 3	Im Bundesfreiwilligendienst (auch soziales, ökologisches oder kulturelles Jahr) 13
Teilzeit 4	Im freiwilligen Wehrdienst 14
Geringfügig erwerbstätig 5	Schüler/-in, Auszubildende/-r ohne Vergütung, Student/-in 15
Erwerbstätige/-r in	Rentner/-in, Pensionär/-in 16
Elternzeit 6	Arbeitslose/-r 17
Altersteilzeit 7	Hausfrau/Hausmann 18
vollständiger oder teilweiser Freistellung nach dem Pflegezeitgesetz 8	Dauerhaft erwerbsunfähige Person 19
teilweiser Freistellung nach dem Familienpflegezeitgesetz 9	Sonstiges 20

Person 3:

Einkommen aus Erwerbstätigkeit im Jahr 2020

306 Haben Sie im Jahr 2020 Einkommen (Lohn/Gehalt) als Arbeitnehmer/-in erhalten?

i Hierzu gehören auch Minijobs und Besoldungen für Beamte oder Richter.

Ja 1
 Nein 8 → 311

307 Haben Sie im Jahr 2020 folgende Einkommen (Lohn/Gehalt) als Arbeitnehmer/-in oder Beamtin/Beamter erhalten?

i Geben Sie bitte den Nettobetrag (Einkommen nach eventuellem Abzug von Steuern und Sozialversicherungsbeiträgen) an.

	Nein	Ja	Anzahl Monate	freiwillig	
				Nettobetrag pro Monat (Volle Euro)	Jahresnetto-betrag (Volle Euro)
Lohn/Gehalt aus der Haupterwerbstätigkeit (ohne Sonderzahlungen wie Weihnachtsgeld oder Prämien, ohne Firmenwagen und ohne Kindergeld)	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	→ <input type="text"/>	<input type="text"/>	oder <input type="text"/>
Lohn/Gehalt aus Nebenerwerbstätigkeit (ohne Sonderzahlungen)	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	→ <input type="text"/>	<input type="text"/>	oder <input type="text"/>
Lohnersatz für Eltern bei Kita- und Schulschließungen wegen der Coronaviruskrise	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	→ <input type="text"/>	<input type="text"/>	oder <input type="text"/>

308 Haben Sie im Jahr 2020 eine oder mehrere der folgenden Sondervergütungen erhalten?

i Geben Sie bitte den Jahresbetrag in Netto (Einkommen nach eventuellem Abzug von Steuern und Sozialversicherungsbeiträgen) an.

	Nein	Ja	Jahresnettobetrag (Volle Euro)
Weihnachtsgeld	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	→ <input type="text"/>
Urlaubsgeld	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	→ <input type="text"/>
Prämien, Bonuszahlungen und Gewinnbeteiligungen	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	→ <input type="text"/>
Abfindungen bei betriebsbedingten Kündigungen (vor Erreichung des Rentenalters)	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	→ <input type="text"/>
Abfindungen bei Eintritt in den Ruhestand	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	→ <input type="text"/>
Vorruhestandsgeld	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	→ <input type="text"/>

309 Welches Einkommen (Lohn/Gehalt) einschließlich Sondervergütungen haben Sie als Arbeitnehmer/-in oder Beamtin/Beamter im Jahr 2020 erhalten?

i Geben Sie den Gesamtbetrag aller Einkommen aus den Fragen 307 bis 308 an.

Gesamtbetrag Jahresnettobetrag (Volle Euro)

Muster

310 Haben Sie im Jahr 2020 einen geldwerten Vorteil aus der privaten Nutzung eines Firmenwagens oder aus Sach- und Naturalleistungen erhalten?

i Falls der Bruttobetrag des geldwerten Vorteils unbekannt ist, können Sie 1 % des Listenpreises des Firmenwagens zuzüglich 0,03 % des Listenpreises für jeden Entfernungskilometer zwischen Wohnung und Arbeitsstätte eintragen, z. B. bei einer Entfernung von 10 km entspricht das 1,3 % des Listenpreises.

	Nein	Ja	freiwillig	
			Anzahl Monate	Bruttobetrag pro Monat (Volle Euro)
Private Nutzung eines Firmenwagens	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Sach- und Naturalleistungen oder Rabatte (z. B. Werkwohnung, Lebensmittel, Tankgutscheine)	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>	<input type="text"/>

311 Haben Sie im Jahr 2020 Einkommen aus selbstständiger Erwerbstätigkeit erzielt?

Ja 1

Nein 8 → 316

312 Wie hoch waren Ihre Einkommen bzw. Verluste aus selbstständiger oder freiberuflicher Tätigkeit im Jahr 2020?

Jahresbruttobetrag (Volle Euro)

Gewinne

Verluste

313 Haben Sie im Jahr 2020 Vermögen aus Ihrem Betrieb oder Geschäft entnommen. Bitte berücksichtigen Sie hierbei auch Sachentnahmen.

Ja 1

Nein 8 → 315

freiwillig

314 Wie hoch waren die Entnahmen aus dem Betriebs-/Geschäftsvermögen für den Eigenverbrauch?

Jahresnettobetrag (Volle Euro)

Entnahmen

315 Haben Sie im Jahr 2020 eine Erstattung bei Verdienstaussfällen wegen der Coronaviruskrise erhalten?

	Nein	Ja	freiwillig	
			Anzahl Monate	Jahresnettobetrag (Volle Euro)
Erstattung	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Einkommen aus Renten/Pensionen im Jahr 2020

316 Haben Sie im Jahr 2020 Renten/Pensionen aus eigenen Ansprüchen erhalten?

Ja 1

Nein 8 → 318

**317 Welche Einkommen aus Renten/
Pensionen aus eigenen Ansprüchen haben
Sie im Jahr 2020 erhalten?**

i Geben Sie bitte den Nettobetrag (Einkommen nach eventuellem Abzug von Steuern und Sozialversicherungsbeiträgen) an.

	Nein	Ja	Anzahl Monate	Nettobetrag pro Monat (Volle Euro)	Jahresnetto- betrag (Volle Euro)
Altersrente der gesetzlichen Rentenversicherung	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	→ <input type="text"/>	<input type="text"/>	oder <input type="text"/>
Pension (Altersruhegehalt)	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	→ <input type="text"/>	<input type="text"/>	oder <input type="text"/>
Rente der Zusatzversorgungskassen des öffentlichen Dienstes	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	→ <input type="text"/>	<input type="text"/>	oder <input type="text"/>
Werks- oder Betriebsrente	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	→ <input type="text"/>	<input type="text"/>	oder <input type="text"/>
Rente von berufsständischen Versorgungswerken oder von der landwirtschaftlichen Alterskasse	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	→ <input type="text"/>	<input type="text"/>	oder <input type="text"/>
Pension aufgrund von Dienstunfähigkeit	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	→ <input type="text"/>	<input type="text"/>	oder <input type="text"/>
Unfallrente der gesetzlichen Unfallversicherung oder Erwerbsminderungsrente der gesetzlichen Rentenversicherung	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	→ <input type="text"/>	<input type="text"/>	oder <input type="text"/>
davon: Unfallrente der gesetzlichen Unfallversicherung	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	→ <input type="text"/>	<input type="text"/>	oder <input type="text"/>
Erwerbsminderungsrente der gesetzlichen Rentenversicherung	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	→ <input type="text"/>	<input type="text"/>	oder <input type="text"/>
Auslandsrente	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	→ <input type="text"/>	<input type="text"/>	oder <input type="text"/>
Kriegsopfer-, SED-Opfer- oder Lastenausgleichsrente	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	→ <input type="text"/>	<input type="text"/>	oder <input type="text"/>

freiwillig

<input type="text"/>	oder	<input type="text"/>
<input type="text"/>	oder	<input type="text"/>
<input type="text"/>	oder	<input type="text"/>
<input type="text"/>	oder	<input type="text"/>

**318 Haben Sie im Jahr 2020 Einkommen aus
Witwenrenten/-geld oder Waisenrenten/
-geld erhalten?**

	Nein	Ja	Anzahl Monate	Nettobetrag pro Monat (Volle Euro)	Jahresnettobetrag (Volle Euro)
.....	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	→ <input type="text"/>	<input type="text"/>	oder <input type="text"/>

**319 Welche Art von Witwenrente/-geld oder
Waisenrente/-geld haben Sie im Jahr 2020
bezogen?**

Bitte geben Sie alles Zutreffende an.

Witwenrente/-geld oder Waisenrente/-geld ...

- der gesetzlichen Rentenversicherung 1
- nach dem Beamtenversorgungsgesetz 2
- der Zusatzversorgungskassen, Betriebs- oder Werksrente 3
- der berufsständischen Versorgungswerke oder landwirtschaftlichen Alterskasse 4
- aus einem anderen Land (Auslandsrente) 5
- der gesetzlichen Unfallversicherung 6
- Sonstige öffentliche Witwen- oder Waisenrente 7
- Trifft nicht zu.

320 Haben Sie im Jahr 2020 Arbeitslosengeld I oder sonstige Leistungen der Agentur für Arbeit erhalten?

	Nein	Ja	Anzahl Monate
Arbeitslosengeld I	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	→ <input type="text"/>
Zuschüsse zur Weiterbildung	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	→ <input type="text"/>
Förderung der Existenzbildung	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	→ <input type="text"/>
Kurzarbeitergeld	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	→ <input type="text"/>
Wintergeld	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	→ <input type="text"/>
Insolvenzgeld	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	→ <input type="text"/>
Übergangsgeld	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	→ <input type="text"/>

freiwillig

Betrag pro Monat (Volle Euro)	Jahresbetrag (Volle Euro)
<input type="text"/>	oder <input type="text"/>

321 Wie hoch war der Gesamtbetrag der Leistungen der Agentur für Arbeit, die Sie im Jahr 2020 erhalten haben?

i Geben Sie bitte die Summe der Leistungen aus Frage 320 als durchschnittlichen Monatsbetrag oder als Jahresbetrag an.

	Betrag pro Monat (Volle Euro)	Jahresbetrag (Volle Euro)
Gesamtbetrag	<input type="text"/>	oder <input type="text"/>
Trifft nicht zu, habe kein Arbeitslosengeld I oder sonstige Leistungen der Agentur für Arbeit erhalten.	<input type="checkbox"/>	

322 Haben Sie im Jahr 2020 nachfolgende Leistungen erhalten?

	Nein	Ja	Anzahl Monate
Öffentliche Ausbildungsförderung (BAföG, Stipendium, Berufsausbildungsbeihilfe)	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	→ <input type="text"/>
Elterngeld	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	→ <input type="text"/>
Für Studierende: Überbrückungshilfe in pandemiebedingter Notlage	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	→ <input type="text"/>
Pflegegeld der gesetzlichen Pflegeversicherung	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	→ <input type="text"/>
Mutterschaftsgeld der Krankenkasse	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	→ <input type="text"/>
Mutterschaftsgeld des Bundesversicherungsamtes	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	→ <input type="text"/>
Familiengeld (nur für Bayern) oder Landeserziehungsgeld (nur für Sachsen)	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	→ <input type="text"/>
Krankengeld der gesetzlichen Krankenversicherung	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	→ <input type="text"/>
Verletzten- oder Übergangsgeld der gesetzlichen Unfallversicherung	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	→ <input type="text"/>
Übergangsgeld der gesetzlichen Rentenversicherung	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	→ <input type="text"/>
Blindengeld	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	→ <input type="text"/>

freiwillig

<input type="text"/>	oder <input type="text"/>
<input type="text"/>	oder <input type="text"/>

Private Vorsorge und Leistungen aus einer privaten Vorsorge im Jahr 2020

323 Haben Sie im Jahr 2020 Beiträge für die private Vorsorge geleistet (z. B. für private Renten-, Lebens-, Berufsunfähigkeits- oder Unfallversicherung)?

Nein 8 Ja 1 →

Anzahl Monate

freiwillig

Betrag pro Monat (Volle Euro)

324 Haben Sie im Jahr 2020 eine Rente aus privater Vorsorge erhalten (z. B. aus einer Lebens-, Renten-, Berufsunfähigkeits- oder Pflegezusatzversicherung)?

Nein 8 Ja 1 →

Anzahl Monate

Betrag pro Monat (Volle Euro)

Beteiligung an der Erhebung

325 Haben Sie die Fragen ab 120 selbst beantwortet?

Ja 1 → 327

Nein, ein anderes Haushaltsmitglied hat die Fragen beantwortet. 2

Nein, eine nicht im Haushalt lebende Person hat die Fragen beantwortet. 3 → 327

326 Welches Haushaltsmitglied hat die Personenfragen beantwortet?

Geben Sie bitte die Nummer (siehe Namenslasche) der Person an, die die Fragen beantwortet hat.

327 Wie viele Minuten haben Sie zur Beantwortung des Fragebogens benötigt?

Anzahl Minuten

freiwillig

Muster

Hinweis!

Tragen Sie bitte Ihren Namen seitlich ins Register ein.

305 War Ihre Situation in 2020 das ganze Jahr gleich geblieben?

Ja, tragen Sie bitte die Ziffer aus der Liste 305 ein. → 306

Nein, tragen Sie bitte für jeden Monat die Ziffer aus der Liste 305 ein, die in diesem Monat überwiegend zutraf.

- Januar
- Februar
- März
- April
- Mai
- Juni
- Juli
- August
- September
- Oktober
- November
- Dezember

MUSTER

Liste 305	
Arbeitnehmer/-in, Beamtin/Beamter (auch Zeit-, Berufssoldat/-in) in	Auszubildende/-r mit Ausbildungsvergütung 10
Vollzeit 1	Unbezahlt mithelfende/-r Familienangehörige/-r im familieneigenen Betrieb in
Teilzeit 2	Vollzeit 11
Selbstständige/-r, Freiberufler/-in in	Teilzeit 12
Vollzeit 3	Im Bundesfreiwilligendienst (auch soziales, ökologisches oder kulturelles Jahr) 13
Teilzeit 4	Im freiwilligen Wehrdienst 14
Geringfügig erwerbstätig 5	Schüler/-in, Auszubildende/-r ohne Vergütung, Student/-in 15
Erwerbstätige/-r in	Rentner/-in, Pensionär/-in 16
Elternzeit 6	Arbeitslose/-r 17
Altersteilzeit 7	Hausfrau/Hausmann 18
vollständiger oder teilweiser Freistellung nach dem Pflegezeitgesetz 8	Dauerhaft erwerbsunfähige Person 19
teilweiser Freistellung nach dem Familienpflegezeitgesetz 9	Sonstiges 20

Person 4:

Einkommen aus Erwerbstätigkeit im Jahr 2020

306 Haben Sie im Jahr 2020 Einkommen (Lohn/Gehalt) als Arbeitnehmer/-in erhalten?

i Hierzu gehören auch Minijobs und Besoldungen für Beamte oder Richter.

Ja 1
 Nein 8 → 311

307 Haben Sie im Jahr 2020 folgende Einkommen (Lohn/Gehalt) als Arbeitnehmer/-in oder Beamtin/Beamter erhalten?

i Geben Sie bitte den Nettobetrag (Einkommen nach eventuellem Abzug von Steuern und Sozialversicherungsbeiträgen) an.

Lohn/Gehalt aus der Haupterwerbstätigkeit (ohne Sonderzahlungen wie Weihnachtsgeld oder Prämien, ohne Firmenwagen und ohne Kindergeld)

Nein 8 Ja 1 → Anzahl Monate

freiwillig	
Nettobetrag pro Monat (Volle Euro)	Jahresnetto-betrag (Volle Euro)
<input type="text"/>	oder <input type="text"/>
<input type="text"/>	oder <input type="text"/>
<input type="text"/>	oder <input type="text"/>

Lohn/Gehalt aus Nebenerwerbstätigkeit (ohne Sonderzahlungen)

8 1 →

oder

Lohnersatz für Eltern bei Kita- und Schulschließungen wegen der Coronaviruskrise

8 1 →

oder

308 Haben Sie im Jahr 2020 eine oder mehrere der folgenden Sondervergütungen erhalten?

i Geben Sie bitte den Jahresbetrag in Netto (Einkommen nach eventuellem Abzug von Steuern und Sozialversicherungsbeiträgen) an.

Weihnachtsgeld

Nein 8 Ja 1 →

freiwillig
Jahresnettobetrag (Volle Euro)
<input type="text"/>

Urlaubsgeld

8 1 →

Prämien, Bonuszahlungen und Gewinnbeteiligungen

8 1 →

Abfindungen bei betriebsbedingten Kündigungen (vor Erreichung des Rentenalters)

8 1 →

Abfindungen bei Eintritt in den Ruhestand

8 1 →

Vorruhestandsgeld

8 1 →

309 Welches Einkommen (Lohn/Gehalt) einschließlich Sondervergütungen haben Sie als Arbeitnehmer/-in oder Beamtin/Beamter im Jahr 2020 erhalten?

i Geben Sie den Gesamtbetrag aller Einkommen aus den Fragen 307 bis 308 an.

Gesamtbetrag

Jahresnettobetrag (Volle Euro)

Muster

310 Haben Sie im Jahr 2020 einen geldwerten Vorteil aus der privaten Nutzung eines Firmenwagens oder aus Sach- und Naturalleistungen erhalten?

i Falls der Bruttobetrag des geldwerten Vorteils unbekannt ist, können Sie 1 % des Listenpreises des Firmenwagens zuzüglich 0,03 % des Listenpreises für jeden Entfernungskilometer zwischen Wohnung und Arbeitsstätte eintragen, z. B. bei einer Entfernung von 10 km entspricht das 1,3 % des Listenpreises.

	Nein	Ja	freiwillig	
			Anzahl Monate	Bruttobetrag pro Monat (Volle Euro)
Private Nutzung eines Firmenwagens	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Sach- und Naturalleistungen oder Rabatte (z. B. Werkswohnung, Lebensmittel, Tankgutscheine)	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>	<input type="text"/>

311 Haben Sie im Jahr 2020 Einkommen aus selbstständiger Erwerbstätigkeit erzielt?

Ja 1

Nein 8 → 316

312 Wie hoch waren Ihre Einkommen bzw. Verluste aus selbstständiger oder freiberuflicher Tätigkeit im Jahr 2020?

Jahresbruttobetrag (Volle Euro)

Gewinne

Verluste

313 Haben Sie im Jahr 2020 Vermögen aus Ihrem Betrieb oder Geschäft entnommen. Bitte berücksichtigen Sie hierbei auch Sachentnahmen.

Ja 1

Nein 8 → 315

freiwillig

314 Wie hoch waren die Entnahmen aus dem Betriebs-/Geschäftsvermögen für den Eigenverbrauch?

Jahresnettobetrag (Volle Euro)

Entnahmen

315 Haben Sie im Jahr 2020 eine Erstattung bei Verdienstaussfällen wegen der Coronakrise erhalten?

	Nein	Ja	freiwillig	
			Anzahl Monate	Jahresnettobetrag (Volle Euro)
Erstattung	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Einkommen aus Renten/Pensionen im Jahr 2020

316 Haben Sie im Jahr 2020 Renten/Pensionen aus eigenen Ansprüchen erhalten?

Ja 1

Nein 8 → 318

**317 Welche Einkommen aus Renten/
Pensionen aus eigenen Ansprüchen haben
Sie im Jahr 2020 erhalten?**

i Geben Sie bitte den Nettobetrag (Einkommen nach eventuellem Abzug von Steuern und Sozialversicherungsbeiträgen) an.

	Nein	Ja	Anzahl Monate	Nettobetrag pro Monat (Volle Euro)	Jahresnetto- betrag (Volle Euro)
Altersrente der gesetzlichen Rentenversicherung	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	→ <input type="text"/>	<input type="text"/>	oder <input type="text"/>
Pension (Altersruhegehalt)	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	→ <input type="text"/>	<input type="text"/>	oder <input type="text"/>
Rente der Zusatzversorgungskassen des öffentlichen Dienstes	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	→ <input type="text"/>	<input type="text"/>	oder <input type="text"/>
Werks- oder Betriebsrente	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	→ <input type="text"/>	<input type="text"/>	oder <input type="text"/>
Rente von berufsständischen Versorgungswerken oder von der landwirtschaftlichen Alterskasse	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	→ <input type="text"/>	<input type="text"/>	oder <input type="text"/>
Pension aufgrund von Dienstunfähigkeit	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	→ <input type="text"/>	<input type="text"/>	oder <input type="text"/>
Unfallrente der gesetzlichen Unfallversicherung oder Erwerbsminderungsrente der gesetzlichen Rentenversicherung	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	→ <input type="text"/>	<input type="text"/>	oder <input type="text"/>
davon: Unfallrente der gesetzlichen Unfallversicherung	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	→ <input type="text"/>	<input type="text"/>	oder <input type="text"/>
Erwerbsminderungsrente der gesetzlichen Rentenversicherung	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	→ <input type="text"/>	<input type="text"/>	oder <input type="text"/>
Auslandsrente	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	→ <input type="text"/>	<input type="text"/>	oder <input type="text"/>
Kriegsopfer-, SED-Opfer- oder Lastenausgleichsrente	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	→ <input type="text"/>	<input type="text"/>	oder <input type="text"/>

freiwillig

<input type="text"/>	oder	<input type="text"/>
<input type="text"/>	oder	<input type="text"/>
<input type="text"/>	oder	<input type="text"/>
<input type="text"/>	oder	<input type="text"/>

318 Haben Sie im Jahr 2020 Einkommen aus Witwenrenten/-geld oder Waisenrenten/-geld erhalten?

	Nein	Ja	Anzahl Monate	Nettobetrag pro Monat (Volle Euro)	Jahresnettobetrag (Volle Euro)
.....	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	→ <input type="text"/>	<input type="text"/>	oder <input type="text"/>

319 Welche Art von Witwenrente/-geld oder Waisenrente/-geld haben Sie im Jahr 2020 bezogen?

Bitte geben Sie alles Zutreffende an.

Witwenrente/-geld oder Waisenrente/-geld ...

- der gesetzlichen Rentenversicherung 1
- nach dem Beamtenversorgungsgesetz 2
- der Zusatzversorgungskassen, Betriebs- oder Werksrente 3
- der berufsständischen Versorgungswerke oder landwirtschaftlichen Alterskasse 4
- aus einem anderen Land (Auslandsrente) 5
- der gesetzlichen Unfallversicherung 6
- Sonstige öffentliche Witwen- oder Waisenrente 7
- Trifft nicht zu.

320 Haben Sie im Jahr 2020 Arbeitslosengeld I oder sonstige Leistungen der Agentur für Arbeit erhalten?

	Nein	Ja	Anzahl Monate
Arbeitslosengeld I	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	→ <input type="text"/>
Zuschüsse zur Weiterbildung	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	→ <input type="text"/>
Förderung der Existenzbildung	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	→ <input type="text"/>
Kurzarbeitergeld	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	→ <input type="text"/>
Wintergeld	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	→ <input type="text"/>
Insolvenzgeld	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	→ <input type="text"/>
Übergangsgeld	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	→ <input type="text"/>

freiwillig

Betrag pro Monat (Volle Euro)	Jahresbetrag (Volle Euro)
<input type="text"/>	oder <input type="text"/>

321 Wie hoch war der Gesamtbetrag der Leistungen der Agentur für Arbeit, die Sie im Jahr 2020 erhalten haben?

i Geben Sie bitte die Summe der Leistungen aus Frage 320 als durchschnittlichen Monatsbetrag oder als Jahresbetrag an.

	Betrag pro Monat (Volle Euro)	Jahresbetrag (Volle Euro)
Gesamtbetrag	<input type="text"/>	oder <input type="text"/>
Trifft nicht zu, habe kein Arbeitslosengeld I oder sonstige Leistungen der Agentur für Arbeit erhalten.	<input type="checkbox"/>	

322 Haben Sie im Jahr 2020 nachfolgende Leistungen erhalten?

	Nein	Ja	Anzahl Monate
Öffentliche Ausbildungsförderung (BAföG, Stipendium, Berufsausbildungsbeihilfe)	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	→ <input type="text"/>
Elterngeld	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	→ <input type="text"/>
Für Studierende: Überbrückungshilfe in pandemiebedingter Notlage	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	→ <input type="text"/>
Pflegegeld der gesetzlichen Pflegeversicherung	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	→ <input type="text"/>
Mutterschaftsgeld der Krankenkasse	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	→ <input type="text"/>
Mutterschaftsgeld des Bundesversicherungsamtes	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	→ <input type="text"/>
Familiengeld (nur für Bayern) oder Landeserziehungsgeld (nur für Sachsen)	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	→ <input type="text"/>
Krankengeld der gesetzlichen Krankenversicherung	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	→ <input type="text"/>
Verletzten- oder Übergangsgeld der gesetzlichen Unfallversicherung	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	→ <input type="text"/>
Übergangsgeld der gesetzlichen Rentenversicherung	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	→ <input type="text"/>
Blindengeld	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	→ <input type="text"/>

freiwillig

<input type="text"/>	oder <input type="text"/>
<input type="text"/>	oder <input type="text"/>

Private Vorsorge und Leistungen aus einer privaten Vorsorge im Jahr 2020

323 Haben Sie im Jahr 2020 Beiträge für die private Vorsorge geleistet (z. B. für private Renten-, Lebens-, Berufsunfähigkeits- oder Unfallversicherung)?

Nein 8 Ja 1 →

Anzahl Monate

freiwillig

Betrag pro Monat (Volle Euro)

324 Haben Sie im Jahr 2020 eine Rente aus privater Vorsorge erhalten (z. B. aus einer Lebens-, Renten-, Berufsunfähigkeits- oder Pflegezusatzversicherung)?

Nein 8 Ja 1 →

Anzahl Monate

Betrag pro Monat (Volle Euro)

Beteiligung an der Erhebung

325 Haben Sie die Fragen ab 120 selbst beantwortet?

Ja 1 → 327

Nein, ein anderes Haushaltsmitglied hat die Fragen beantwortet. 2

Nein, eine nicht im Haushalt lebende Person hat die Fragen beantwortet. 3 → 327

326 Welches Haushaltsmitglied hat die Personenfragen beantwortet?

Geben Sie bitte die Nummer (siehe Namenslasche) der Person an, die die Fragen beantwortet hat.

327 Wie viele Minuten haben Sie zur Beantwortung des Fragebogens benötigt?

Anzahl Minuten

freiwillig

Muster

Hinweis!

Tragen Sie bitte Ihren Namen seitlich ins Register ein.

305 War Ihre Situation in 2020 das ganze Jahr gleich geblieben?

Ja, tragen Sie bitte die Ziffer aus der Liste 305 ein. → 306

Nein, tragen Sie bitte für jeden Monat die Ziffer aus der Liste 305 ein, die in diesem Monat überwiegend zutraf.

- Januar
- Februar
- März
- April
- Mai
- Juni
- Juli
- August
- September
- Oktober
- November
- Dezember

MUSTER

Liste 305	
Arbeitnehmer/-in, Beamtin/Beamter (auch Zeit-, Berufssoldat/-in) in	Auszubildende/-r mit Ausbildungsvergütung 10
Vollzeit 1	Unbezahlt mithelfende/-r Familienangehörige/-r im familieneigenen Betrieb in
Teilzeit 2	Vollzeit 11
Selbstständige/-r, Freiberufler/-in in	Teilzeit 12
Vollzeit 3	Im Bundesfreiwilligendienst (auch soziales, ökologisches oder kulturelles Jahr) 13
Teilzeit 4	Im freiwilligen Wehrdienst 14
Geringfügig erwerbstätig 5	Schüler/-in, Auszubildende/-r ohne Vergütung, Student/-in 15
Erwerbstätige/-r in	Rentner/-in, Pensionär/-in 16
Elternzeit 6	Arbeitslose/-r 17
Altersteilzeit 7	Hausfrau/Hausmann 18
vollständiger oder teilweiser Freistellung nach dem Pflegezeitgesetz 8	Dauerhaft erwerbsunfähige Person 19
teilweiser Freistellung nach dem Familienpflegezeitgesetz 9	Sonstiges 20

Einkommen aus Erwerbstätigkeit im Jahr 2020

306 Haben Sie im Jahr 2020 Einkommen (Lohn/Gehalt) als Arbeitnehmer/-in erhalten?

i Hierzu gehören auch Minijobs und Besoldungen für Beamte oder Richter.

Ja 1
 Nein 8 → 311

307 Haben Sie im Jahr 2020 folgende Einkommen (Lohn/Gehalt) als Arbeitnehmer/-in oder Beamtin/Beamter erhalten?

i Geben Sie bitte den Nettobetrag (Einkommen nach eventuellem Abzug von Steuern und Sozialversicherungsbeiträgen) an.

Lohn/Gehalt aus der Haupterwerbstätigkeit (ohne Sonderzahlungen wie Weihnachtsgeld oder Prämien, ohne Firmenwagen und ohne Kindergeld)

Nein 8 Ja 1 → Anzahl Monate

freiwillig	
Nettobetrag pro Monat (Volle Euro)	Jahresnetto-betrag (Volle Euro)
<input type="text"/>	oder <input type="text"/>
<input type="text"/>	oder <input type="text"/>
<input type="text"/>	oder <input type="text"/>

Lohn/Gehalt aus Nebenerwerbstätigkeit (ohne Sonderzahlungen)

8 1 →

oder

Lohnersatz für Eltern bei Kita- und Schulschließungen wegen der Coronaviruskrise

8 1 →

oder

308 Haben Sie im Jahr 2020 eine oder mehrere der folgenden Sondervergütungen erhalten?

i Geben Sie bitte den Jahresbetrag in Netto (Einkommen nach eventuellem Abzug von Steuern und Sozialversicherungsbeiträgen) an.

Weihnachtsgeld

Nein 8 Ja 1 →

freiwillig
Jahresnettobetrag (Volle Euro)
<input type="text"/>

Urlaubsgeld

8 1 →

Prämien, Bonuszahlungen und Gewinnbeteiligungen

8 1 →

Abfindungen bei betriebsbedingten Kündigungen (vor Erreichung des Rentenalters)

8 1 →

Abfindungen bei Eintritt in den Ruhestand

8 1 →

Vorruhestandsgeld

8 1 →

309 Welches Einkommen (Lohn/Gehalt) einschließlich Sondervergütungen haben Sie als Arbeitnehmer/-in oder Beamtin/Beamter im Jahr 2020 erhalten?

i Geben Sie den Gesamtbetrag aller Einkommen aus den Fragen 307 bis 308 an.

Gesamtbetrag

Jahresnettobetrag (Volle Euro)

Muster

310 Haben Sie im Jahr 2020 einen geldwerten Vorteil aus der privaten Nutzung eines Firmenwagens oder aus Sach- und Naturalleistungen erhalten?

i Falls der Bruttobetrag des geldwerten Vorteils unbekannt ist, können Sie 1 % des Listenpreises des Firmenwagens zuzüglich 0,03 % des Listenpreises für jeden Entfernungskilometer zwischen Wohnung und Arbeitsstätte eintragen, z. B. bei einer Entfernung von 10 km entspricht das 1,3 % des Listenpreises.

	Nein	Ja	freiwillig	
			Anzahl Monate	Bruttobetrag pro Monat (Volle Euro)
Private Nutzung eines Firmenwagens	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Sach- und Naturalleistungen oder Rabatte (z. B. Werkswohnung, Lebensmittel, Tankgutscheine)	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>	<input type="text"/>

311 Haben Sie im Jahr 2020 Einkommen aus selbstständiger Erwerbstätigkeit erzielt?

Ja 1

Nein 8 → 316

312 Wie hoch waren Ihre Einkommen bzw. Verluste aus selbstständiger oder freiberuflicher Tätigkeit im Jahr 2020?

Jahresbruttobetrag (Volle Euro)

Gewinne

Verluste

313 Haben Sie im Jahr 2020 Vermögen aus Ihrem Betrieb oder Geschäft entnommen. Bitte berücksichtigen Sie hierbei auch Sachentnahmen.

Ja 1

Nein 8 → 315

freiwillig

314 Wie hoch waren die Entnahmen aus dem Betriebs-/Geschäftsvermögen für den Eigenverbrauch?

Jahresnettobetrag (Volle Euro)

Entnahmen

315 Haben Sie im Jahr 2020 eine Erstattung bei Verdienstaussfällen wegen der Coronakrise erhalten?

	Nein	Ja	freiwillig	
			Anzahl Monate	Jahresnettobetrag (Volle Euro)
Erstattung	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> →	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Einkommen aus Renten/Pensionen im Jahr 2020

316 Haben Sie im Jahr 2020 Renten/Pensionen aus eigenen Ansprüchen erhalten?

Ja 1

Nein 8 → 318

**317 Welche Einkommen aus Renten/
Pensionen aus eigenen Ansprüchen haben
Sie im Jahr 2020 erhalten?**

i Geben Sie bitte den Nettobetrag (Einkommen nach eventuellem Abzug von Steuern und Sozialversicherungsbeiträgen) an.

	Nein	Ja	Anzahl Monate	Nettobetrag pro Monat (Volle Euro)	Jahresnetto- betrag (Volle Euro)
Altersrente der gesetzlichen Rentenversicherung	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	→ <input type="text"/>	<input type="text"/>	oder <input type="text"/>
Pension (Altersruhegehalt)	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	→ <input type="text"/>	<input type="text"/>	oder <input type="text"/>
Rente der Zusatzversorgungskassen des öffentlichen Dienstes	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	→ <input type="text"/>	<input type="text"/>	oder <input type="text"/>
Werks- oder Betriebsrente	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	→ <input type="text"/>	<input type="text"/>	oder <input type="text"/>
Rente von berufsständischen Versorgungswerken oder von der landwirtschaftlichen Alterskasse	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	→ <input type="text"/>	<input type="text"/>	oder <input type="text"/>
Pension aufgrund von Dienstunfähigkeit	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	→ <input type="text"/>	<input type="text"/>	oder <input type="text"/>
Unfallrente der gesetzlichen Unfallversicherung oder Erwerbsminderungsrente der gesetzlichen Rentenversicherung	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	→ <input type="text"/>	<input type="text"/>	oder <input type="text"/>
davon: Unfallrente der gesetzlichen Unfallversicherung	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	→ <input type="text"/>	<input type="text"/>	oder <input type="text"/>
Erwerbsminderungsrente der gesetzlichen Rentenversicherung	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	→ <input type="text"/>	<input type="text"/>	oder <input type="text"/>
Auslandsrente	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	→ <input type="text"/>	<input type="text"/>	oder <input type="text"/>
Kriegsopfer-, SED-Opfer- oder Lastenausgleichsrente	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	→ <input type="text"/>	<input type="text"/>	oder <input type="text"/>

freiwillig

<input type="text"/>	oder	<input type="text"/>
<input type="text"/>	oder	<input type="text"/>
<input type="text"/>	oder	<input type="text"/>
<input type="text"/>	oder	<input type="text"/>

**318 Haben Sie im Jahr 2020 Einkommen aus
Witwenrenten/-geld oder Waisenrenten/
-geld erhalten?**

	Nein	Ja	Anzahl Monate	Nettobetrag pro Monat (Volle Euro)	Jahresnetto- betrag (Volle Euro)
.....	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	→ <input type="text"/>	<input type="text"/>	oder <input type="text"/>

**319 Welche Art von Witwenrente/-geld oder
Waisenrente/-geld haben Sie im Jahr 2020
bezogen?**

Bitte geben Sie alles Zutreffende an.

Witwenrente/-geld oder Waisenrente/-geld ...

- der gesetzlichen Rentenversicherung 1
- nach dem Beamtenversorgungsgesetz 2
- der Zusatzversorgungskassen, Betriebs- oder Werksrente 3
- der berufsständischen Versorgungswerke oder landwirtschaftlichen Alterskasse 4
- aus einem anderen Land (Auslandsrente) 5
- der gesetzlichen Unfallversicherung 6
- Sonstige öffentliche Witwen- oder Waisenrente 7
- Trifft nicht zu.

320 Haben Sie im Jahr 2020 Arbeitslosengeld I oder sonstige Leistungen der Agentur für Arbeit erhalten?

	Nein	Ja	Anzahl Monate
Arbeitslosengeld I	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	→ <input type="text"/>
Zuschüsse zur Weiterbildung	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	→ <input type="text"/>
Förderung der Existenzbildung	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	→ <input type="text"/>
Kurzarbeitergeld	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	→ <input type="text"/>
Wintergeld	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	→ <input type="text"/>
Insolvenzgeld	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	→ <input type="text"/>
Übergangsgeld	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	→ <input type="text"/>

freiwillig

Betrag pro Monat (Volle Euro)	Jahresbetrag (Volle Euro)
<input type="text"/>	oder <input type="text"/>

321 Wie hoch war der Gesamtbetrag der Leistungen der Agentur für Arbeit, die Sie im Jahr 2020 erhalten haben?

i Geben Sie bitte die Summe der Leistungen aus Frage 320 als durchschnittlichen Monatsbetrag oder als Jahresbetrag an.

	Betrag pro Monat (Volle Euro)	Jahresbetrag (Volle Euro)
Gesamtbetrag	<input type="text"/>	oder <input type="text"/>
Trifft nicht zu, habe kein Arbeitslosengeld I oder sonstige Leistungen der Agentur für Arbeit erhalten.	<input type="checkbox"/>	

322 Haben Sie im Jahr 2020 nachfolgende Leistungen erhalten?

	Nein	Ja	Anzahl Monate
Öffentliche Ausbildungsförderung (BAföG, Stipendium, Berufsausbildungsbeihilfe)	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	→ <input type="text"/>
Elterngeld	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	→ <input type="text"/>
Für Studierende: Überbrückungshilfe in pandemiebedingter Notlage	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	→ <input type="text"/>
Pflegegeld der gesetzlichen Pflegeversicherung	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	→ <input type="text"/>
Mutterschaftsgeld der Krankenkasse	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	→ <input type="text"/>
Mutterschaftsgeld des Bundesversicherungsamtes	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	→ <input type="text"/>
Familiengeld (nur für Bayern) oder Landeserziehungsgeld (nur für Sachsen)	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	→ <input type="text"/>
Krankengeld der gesetzlichen Krankenversicherung	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	→ <input type="text"/>
Verletzten- oder Übergangsgeld der gesetzlichen Unfallversicherung	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	→ <input type="text"/>
Übergangsgeld der gesetzlichen Rentenversicherung	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	→ <input type="text"/>
Blindengeld	8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	→ <input type="text"/>

freiwillig

<input type="text"/>	oder <input type="text"/>
<input type="text"/>	oder <input type="text"/>

Private Vorsorge und Leistungen aus einer privaten Vorsorge im Jahr 2020

323 Haben Sie im Jahr 2020 Beiträge für die private Vorsorge geleistet (z. B. für private Renten-, Lebens-, Berufsunfähigkeits- oder Unfallversicherung)?

Nein 8 Ja 1 →

Anzahl Monate

freiwillig

Betrag pro Monat (Volle Euro)

324 Haben Sie im Jahr 2020 eine Rente aus privater Vorsorge erhalten (z. B. aus einer Lebens-, Renten-, Berufsunfähigkeits- oder Pflegezusatzversicherung)?

Nein 8 Ja 1 →

Anzahl Monate

Betrag pro Monat (Volle Euro)

Beteiligung an der Erhebung

325 Haben Sie die Fragen ab 120 selbst beantwortet?

Ja 1 → 327

Nein, ein anderes Haushaltsmitglied hat die Fragen beantwortet. 2

Nein, eine nicht im Haushalt lebende Person hat die Fragen beantwortet. 3 → 327

326 Welches Haushaltsmitglied hat die Personenfragen beantwortet?

Geben Sie bitte die Nummer (siehe Namenslasche) der Person an, die die Fragen beantwortet hat.

327 Wie viele Minuten haben Sie zur Beantwortung des Fragebogens benötigt?

Anzahl Minuten

freiwillig

Muster

1 Wohnfläche

Unter „Wohnfläche der gesamten Wohnung“ ist die Summe der Grundflächen aller Räume einer Wohnung zu verstehen.

Zur Wohnung zählen auch außerhalb der eigentlichen Wohnung liegende Räume (z. B. Mansarden) sowie zu Wohnzwecken ausgebauter Keller- und Bodenräume.

Die Wohnfläche kann bei Mietwohnungen im Allgemeinen den Mietverträgen entnommen werden.

Falls Sie die Wohnfläche selbst ermitteln, beachten Sie bitte, dass einzelne Flächen wie folgt anzurechnen sind:

- voll: die Wohnflächen von Räumen mit einer Raumhöhe von mindestens 2 Metern,
- zur Hälfte: die Wohnflächen von Räumen bzw. unter Schrägen liegende Flächen in Räumen mit einer Raumhöhe von mindestens 1 Meter, aber weniger als 2 Metern,
- zu einem Viertel: die Flächen von Balkonen, Loggien, Dachgärten.

2 Hauptmieterin/Hauptmieter mit Untervermietung

Bei einer Untervermietung ist die Monatsmiete für die gesamte Wohnung anzugeben und nicht nur für den von der Hauptmieterin/dem Hauptmieter bewohnten Wohnungsteil.

3 Übernahme der Miete bei Hartz IV-Empfängerinnen/Hartz IV-Empfängern

Empfänger/-innen von Leistungen nach Hartz IV (ALG II, Sozialgeld), deren Miete ganz oder teilweise von der Agentur für Arbeit (Arbeitsamt) übernommen wird, geben den Gesamtbetrag für Miete und Nebenkosten an, den die Vermieterin/der Vermieter bzw. die Hausverwaltung erhält.

4 Heutiges Staatsgebiet

Der Begriff „Heutiges Staatsgebiet“ meint die heutigen Staatsgrenzen der Bundesrepublik Deutschland (Gebietsstand seit dem 03.10.1990).

5 Staatsangehörigkeit

Kreuzen Sie „Durch Geburt“ auch dann an, wenn die deutsche Staatsangehörigkeit zwar durch Geburt erworben wurde, diese später aber zwischenzeitlich entzogen wurde.

Personen, die als (Spät-)Aussiedler/innen von 1993 bis 2000 nach Deutschland kamen, erhielten eine offizielle Einbürgerungsurkunde (und keine Bescheinigung nach § 7 Staatsangehörigkeitsgesetz): Bitte kreuzen Sie hier „Als (Spät-)Aussiedler/-in mit Einbürgerung“ an.

Personen, die aufgrund einer Anspruchseinbürgerung die deutsche Staatsangehörigkeit erhalten haben: Bitte kreuzen Sie hier „Als (Spät-)Aussiedler/-in mit Einbürgerung“ an.

Personen mit einer Bescheinigung nach § 7 Staatsangehörigkeitsgesetz: Bitte kreuzen Sie hier „Als (Spät-)Aussiedler/-in ohne Einbürgerung“ an.

6 Altersteilzeit

Das Gesetz zur Förderung eines gleitenden Übergangs in den Ruhestand regelt für Arbeitgeber/-innen und Arbeitnehmer/-innen die Rahmenbedingungen über Vereinbarungen zur Altersteilzeitarbeit. Die Agentur für Arbeit fördert die Teilzeitarbeit von Arbeitnehmerinnen/Arbeitnehmern, die ihre Arbeitszeit nach Vollendung des 55. Lebensjahres auf die Hälfte vermindern.

7 Pflegezeitgesetz/Familienpflegezeitgesetz

Beschäftigte haben das Recht, eine Freistellung auf Zeit zu bekommen, um nahe Angehörige zu Hause pflegen zu können. Hierbei können Beschäftigte zwischen zwei unterschiedlichen Arten der Freistellung wählen: Bei der Freistellung nach dem Pflegezeitgesetz haben Beschäftigte einen Anspruch, sich für maximal sechs Monate vollständig von der Arbeit freustellen zu lassen oder in Teilzeit zu arbeiten, um pflegebedürftige nahe Angehörige zu betreuen. Seit 2015 gibt es einen Rechtsanspruch auf Familienpflegezeit. Damit können Beschäftigte ihre wöchentliche Arbeitszeit reduzieren, wenn sie pflegebedürftige nahe Angehörige in häuslicher Umgebung pflegen.

8 Zuordnung der Tätigkeit

Beschäftigen Sie als Selbstständige/-r nur mithelfende Familienangehörige (ohne Lohn/Gehalt), tragen Sie sich bitte als Selbstständige/-r ohne Beschäftigte ein. Freiberufler/-innen und Personen, die auf Basis eines Werkvertrages arbeiten, gelten als selbstständig, auch Personen, die Nachhilfe oder privaten Unterricht geben oder babysitten. Wenn Sie im Betrieb einer Verwandten ohne Lohn oder Gehalt mithelfen, sind Sie unbezahlt mithelfende/-r Familienangehörige/-r. Erhalten Sie eine Bezahlung, stufen Sie sich bitte als Arbeiter/-in oder Angestellte/-r ein.

Als Beamtin/Beamter zählen auch Beamtinnen/Beamte der Evangelischen Kirche und der Römisch-Katholischen Kirche. „Versicherungsbeamtinnen/-beamte“, „Bankbeamtinnen/Bankbeamte“ usw. tragen sich bitte als Angestellte/-r ein.

Arbeiter/-innen sind sowohl Facharbeiter/-innen als auch angelernte Arbeiter/-innen und Hilfsarbeiter/-innen.

Wenn Sie in Ihrer weiteren Tätigkeit Volontär/-in, Trainee, Person im bezahlten Praktikum oder im Bundesfreiwilligendienst sind, tragen Sie sich bitte als Angestellte/-r ein.

9 Geringfügige Beschäftigung

Bei einer geringfügigen Beschäftigung, einem 450-Euro-Job (so genanntem Mini-Job bis 450 Euro pro Monat im Jahresdurchschnitt) bezahlt der Arbeitgeber pauschale Beiträge an die Renten- und Krankenversicherung sowie einen pauschalen Steuersatz. Wenn ein/-e Arbeitnehmer/-in mehrere geringfügige Beschäftigungen ausübt oder das Arbeitsentgelt insgesamt die 450-Euro-Grenze pro Monat im Jahresdurchschnitt überschreitet, unterliegt das gesamte Arbeitsentgelt einer ansteigenden Beitragspflicht zur Sozialversicherung und muss regulär versteuert werden.

Eine Beschäftigung gilt auch als geringfügig, wenn sie auf höchstens drei Monate oder 70 Arbeitstage während eines Jahres begrenzt ist.

Bei einem Ein-Euro-Job erhalten die Betroffenen weiterhin Arbeitslosengeld II sowie eine Mehraufwandsentschädigung, zumeist in Höhe von 1 bis 2 Euro je gearbeiteter Stunde.

10 Betrieb (örtliche Niederlassung)

Ein Betrieb ist die örtliche Niederlassung, in der Sie tätig sind (z. B. ein Geschäft, eine freiberufliche Praxis, ein landwirtschaftlicher Betrieb, die örtliche Niederlassung eines Unternehmens, eine öffentlich-rechtliche Körperschaft usw.).

Eine örtliche Niederlassung (z. B. ein bestimmter Betrieb eines Unternehmens) kann aus mehreren voneinander abgegrenzten Arbeitsstätten bestehen (wie z. B. einer Produktionsstätte, einer Lagerhalle und dem Verwaltungsgebäude auf dem Betriebsgelände einer Firma). Die in diesen Arbeitsstätten tätigen Personen sind einem einzigen Betrieb zuzuordnen.

Den Personen, die in einem Betrieb arbeiten, sind auch Teilzeitbeschäftigte, Auszubildende, tätige Firmeninhaber/-innen und unbezahlt mithelfende Familienangehörige zuzurechnen.

11 Bereitschaftszeiten

Die gesamte Bereitschaftszeit zählt zu den Wochenarbeitsstunden. Es sind Zeiten, in denen sich die Beschäftigten an einer vom Arbeitgeber bestimmten Stelle zur Verfügung halten müssen, um im Bedarfsfall die Arbeit aufnehmen zu können.

Davon zu unterscheiden ist die Rufbereitschaft. Hier können die Arbeitnehmer/-innen frei über ihren Aufenthaltsort entscheiden. Sie müssen bei Bedarf innerhalb einer angemessenen Zeit ihre Arbeit aufnehmen. Nur die Zeit, in der gearbeitet wird und die Wegezeit zählen als Arbeitszeit.

12 Überwiegender Lebensunterhalt

Auch wenn Sie Erwerbstätige/-r sind, muss die Erwerbstätigkeit nicht die überwiegende Unterhaltsquelle sein (z. B. Auszubildende beziehen oft ihren Lebensunterhalt von den Eltern). Wenn Sie Ihren überwiegenden Lebensunterhalt aus einer geringfügigen Beschäftigung bestreiten, geben Sie bitte Erwerbstätigkeit an. Rentner/-innen, die noch erwerbstätig sind, können je nach Umfang der Leistungen überwiegend von ihrer Erwerbstätigkeit oder ihrer Rente leben.

Regelmäßige Leistungen aus Lebensversicherungen (einschließlich der Leistungen aus den Versorgungswerken für bestimmte freie Berufe wie z. B. Ärztinnen/Ärzte, Apotheker/-innen) sind als Unterhalt aus eigenem Vermögen einzuordnen.

13 Nettoeinkommen

Zu berücksichtigen sind ebenfalls:

- Zuschüsse zum vermögenswirksamen Sparen,
- Vorschüsse,
- Werkwohnungsmieten,
- Zinseinnahmen, Dividendenzahlungen, andere Kapitalerträge u. ä. Beträge
- Sachbezüge (Naturalbezüge, Deputate).

Nicht zu berücksichtigen sind Pflegesachleistungen (Leistungen von Pflegeheimen und ambulanten Pflegediensten).

14 Gesetzliche Rentenversicherung

Gesetzlich rentenversichert ist man in der Deutschen Rentenversicherung Bund (früher BfA, LVA), Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See. Dazu zählt auch eine gesetzliche Rentenversicherung im Ausland (z. B. Personen, die in Deutschland leben, aber in einem Nachbarland sozialversicherungspflichtig beschäftigt sind).

Gesetzlich rentenversichert sind Sie auch, wenn Sie

- Beiträge in die landwirtschaftliche Alterskasse einzahlen,
- in einem Bundesfreiwilligendienst tätig sind,
- sich in einem freiwilligen sozialen, kulturellen oder ökologischen Jahr befinden,
- in einem freiwilligen Wehrdienst tätig sind oder
- Soldat auf einer Wehrübung sind.

Pflichtversichert in der gesetzlichen Rentenversicherung sind hauptsächlich Arbeiter/-innen und Angestellte, bestimmte Selbstständige (z. B. Hausgewerbetreibende). Von der Versicherungspflicht befreit sind Beamtinnen/Beamte und vergleichbare Angestellte (sogenannte Dienstordnungsangestellte), Selbstständige (mit wenigen Ausnahmen) und unbezahlt mithelfende Familienangehörige ohne Arbeitsvertrag.

Für Arbeitslose mit Arbeitslosengeld I werden Beiträge entrichtet. Sie gelten daher als pflichtversichert in der gesetzlichen Rentenversicherung. Für Arbeitslose mit Arbeitslosengeld II (Hartz IV) werden seit 01.01.2011 keine Beiträge mehr entrichtet. Sie sind nicht pflichtversichert.

Nicht gemeint sind hier die betriebliche Altersvorsorge, die Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung, berufsständische Versorgung sowie die private Altersvorsorge (z. B. „Riester-Rente“, Lebensversicherung o. Ä.).

Zweck, Art und Umfang der Erhebung

Mit dem Mikrozensus werden auf repräsentativer Grundlage statistische Daten über die Bevölkerung und den Arbeitsmarkt sowie das Einkommen, die Lebensbedingungen und die Wohnsituation der Haushalte erhoben. Dabei erfolgt die Erhebung dieser Daten auf der Grundlage verschiedener Erhebungsteile. Erhebungseinheiten sind Personen, Haushalte und Wohnungen.

Der Mikrozensus dient dem Zweck, statistische Angaben in tiefer fachlicher Gliederung über die Bevölkerungsstruktur, die wirtschaftliche und soziale Lage der Bevölkerung, der Familien und der Haushalte, den Arbeitsmarkt, die berufliche Gliederung und die Ausbildung der Erwerbsbevölkerung und die Wohnverhältnisse bereitzustellen sowie europäische Verpflichtungen zu erfüllen. Jährlich dürfen bis zu 1 Prozent der Bevölkerung befragt werden. Die Erhebung wird in jedem Auswahlbezirk höchstens viermal innerhalb von fünf aufeinanderfolgenden Kalenderjahren durchgeführt. Der zusätzliche Erhebungsteil zu Einkommen und Lebensbedingungen wird bei höchstens 12 Prozent der Mikrozensusbefragten erhoben.

Rechtsgrundlagen, Auskunftspflicht

Rechtsgrundlagen sind das Mikrozensusgesetz (MZG), die Verordnung (EU) 2019/1700 sowie die Verordnungen (EU) 2019/2180, (EU) 2019/2181 und (EU) 2019/2242 zur Durchführung der Verordnung (EU) 2019/1700 sowie die Delegierten Verordnungen (EU) 2020/256 und (EU) 2020/258 in Verbindung mit dem BStatG.

Erhoben werden die Angaben zu § 6 Absatz 1 Nummer 1 bis 4, Nummer 5 Buchstabe a und b, Nummer 6 bis 10 sowie § 8 Absatz 1 bis 3 MZG.

Die Auskunftspflicht ergibt sich aus § 13 MZG in Verbindung mit § 15 BStatG.

Danach sind alle Volljährigen und alle einen eigenen Haushalt führenden Minderjährigen, jeweils auch für minderjährige Haushaltsmitglieder, auskunftspflichtig.

Für volljährige Haushaltsmitglieder, die nicht selbst Auskunft geben können, ist jedes andere auskunftspflichtige Haushaltsmitglied auskunftspflichtig. Gibt es kein anderes auskunftspflichtiges Haushaltsmitglied und ist für die nicht auskunftsfähige Person ein Betreuer oder eine Betreuerin bestellt, so ist dieser oder diese auskunftspflichtig, soweit die Auskunftserteilung in seinen oder ihren Aufgabenkreis fällt. Benennt eine nicht auskunftsfähige Person eine Vertrauensperson, die für sie die erforderliche Auskunft erteilt, erlischt die Auskunftspflicht der volljährigen Haushaltsmitglieder oder des Betreuers oder der Betreuerin.

Soweit Anhaltspunkte nicht entgegenstehen, wird nach § 13 Absatz 8 MZG vermutet, dass alle auskunftspflichtigen Personen eines Haushalts befugt sind, Auskünfte auch für die jeweils anderen Personen des Haushalts zu erteilen. Dies gilt entsprechend für die Bestätigung der im Vorjahr erhobenen Angaben. Der gesetzlichen Vermutung der Befugnis kann jederzeit widersprochen werden.

Zu dem Hilfsmerkmal Vor- und Familienname des Wohnungsinhabers oder der Wohnungsinhaberin sind diese auskunftspflichtig, ersatzweise die oben genannten Personen.

Erteilen Auskunftspflichtige keine, keine vollständige, keine richtige oder nicht rechtzeitig Auskunft, können sie zur Erteilung der Auskunft mit einem Zwangsgeld nach den Verwaltungsvollstreckungsgesetzen der Länder angehalten werden.

Nach § 23 BStatG handelt darüber hinaus ordnungswidrig, wer

- vorsätzlich oder fahrlässig entgegen § 15 Absatz 1 Satz 2, Absatz 2 und 5 Satz 1 BStatG eine Auskunft nicht, nicht rechtzeitig, nicht vollständig oder nicht wahrheitsgemäß erteilt oder
- entgegen § 15 Absatz 3 BStatG eine Antwort nicht in der vorgeschriebenen Form erteilt.

Die Ordnungswidrigkeit kann mit einer Geldbuße bis zu fünftausend Euro geahndet werden.

Nach § 15 Absatz 7 BStatG haben Widerspruch und Anfechtungsklage gegen die Aufforderung zur Auskunftserteilung keine aufschiebende Wirkung.

Angaben, bei denen die Auskunftserteilung freiwillig ist, sind im Fragebogen besonders gekennzeichnet.

¹ Den Wortlaut der nationalen Rechtsvorschriften in der jeweils geltenden Fassung finden Sie unter <https://www.gesetze-im-internet.de>.

² Die Rechtsakte der EU in der jeweils geltenden Fassung und in deutscher Sprache finden Sie auf der Internetseite des Amtes für Veröffentlichungen der Europäischen Union unter <https://eur-lex.europa.eu/>.

Soweit die Erteilung der Auskunft freiwillig ist, kann die Einwilligung in die Verarbeitung der freiwillig bereit gestellten Angaben jederzeit widerrufen werden. Der Widerruf wirkt erst für die Zukunft. Verarbeitungen, die vor dem Widerruf erfolgt sind, sind davon nicht betroffen.

Geheimhaltung

Die erhobenen Einzelangaben werden nach § 16 BStatG grundsätzlich geheim gehalten. Nur in ausdrücklich gesetzlich geregelten Ausnahmefällen dürfen Einzelangaben übermittelt werden.

Eine Übermittlung von Einzelangaben ist grundsätzlich zulässig an:

- öffentliche Stellen und Institutionen innerhalb des Statistischen Verbunds, die mit der Durchführung einer Bundes- oder europäischen Statistik betraut sind (z. B. die Statistischen Ämter der Länder, die Deutsche Bundesbank, das Statistische Amt der Europäischen Union [Eurostat]),
- Dienstleister, zu denen ein Auftragsverhältnis besteht (z. B. ITZBund, Rechenzentren der Länder).

Nach § 16 Absatz 6 BStatG ist es zulässig, den Hochschulen oder sonstigen Einrichtungen mit der Aufgabe unabhängiger wissenschaftlicher Forschung für die Durchführung wissenschaftlicher Vorhaben

1. Einzelangaben zu übermitteln, wenn die Einzelangaben so anonymisiert sind, dass sie nur mit einem unverhältnismäßig großen Aufwand an Zeit, Kosten und Arbeitskraft den Befragten oder Betroffenen zugeordnet werden können (faktisch anonymisierte Einzelangaben),
2. innerhalb speziell abgesicherter Bereiche des Statistischen Bundesamtes und der statistischen Ämter der Länder Zugang zu Einzelangaben ohne Name und Anschrift (formal anonymisierte Einzelangaben) zu gewähren, wenn wirksame Vorkehrungen zur Wahrung der Geheimhaltung getroffen werden.

Nach Artikel 11 der Verordnung (EU) 2019/1700 ist eine Übermittlung von erhobenen Einzelangaben an die Kommission (Eurostat) vorgesehen. Nach Artikel 15 der Verordnung über den Zugang zu vertraulichen Daten für wissenschaftliche Zwecke darf Eurostat in seinen Räumen oder in den Räumen einer von Eurostat anerkannten Zugangseinrichtung für wissenschaftliche Zwecke unter den in Artikel 7 der Verordnung (EU) Nr. 557/2012 festgelegten Bedingungen in ihren Räumlichkeiten Einzelangaben ohne Name und Anschrift zugänglich machen und aus den Datensätzen für die in Artikel 3 der Verordnung (EU) 2019/1700 genannten Bereiche Einzeldatensätze weitergeben, wenn diese so verändert wurden, dass die Gefahr einer Identifizierung der statistischen Einheit auf ein angemessenes Maß verringert wurde.

Die Pflicht zur Geheimhaltung besteht auch für Personen, die Einzelangaben erhalten.

Hilfsmerkmale, Ordnungsnummern, Trennung und Löschung

Vor- und Familiennamen der Haushaltsmitglieder, Kontaktdaten der Haushaltsmitglieder, Wohnanschrift, Lage der Wohnung im Gebäude, Vor- und Familienname des Wohnungsinhabers oder der Wohnungsinhaberin, Name und Anschrift der Arbeitsstätten der Haushaltsmitglieder sowie die Baualtersgruppe des Gebäudes sind Hilfsmerkmale, die lediglich der technischen Durchführung der Erhebung dienen. Sie werden von den Angaben zu den Erhebungsmerkmalen unverzüglich nach Abschluss der Überprüfung der Erhebungs- und Hilfsmerkmale auf ihre Schlüssigkeit und Vollständigkeit getrennt und gesondert aufbewahrt oder gesondert gespeichert.

- Nach § 14 Absatz 5 Satz 1 MZG dürfen Vor- und Familienname sowie Gemeinde, Straße, Hausnummer und die Kontaktdaten der befragten Personen auch im Haushaltszusammenhang für die Durchführung von Folgebefragungen nach § 5 Absatz 1 MZG verwendet werden.
- Nach § 14 Absatz 5 Satz 2 MZG dürfen die Angaben zu den Merkmalen nach § 14 Absatz 5 Satz 1 MZG auch als Grundlage für die Gewinnung geeigneter Personen und Haushalte zur Durchführung der Statistik der Wirtschaftsrechnungen privater Haushalte und anderer Erhebungen auf freiwilliger Basis verwendet werden.

Angaben zu den Erhebungsmerkmalen werden solange verarbeitet und gespeichert, wie dies für die Erfüllung der gesetzlichen Verpflichtungen erforderlich ist.

Alle Erhebungsunterlagen sowie die Hilfsmerkmale und die ursprünglich vergebenen Ordnungsnummern werden nach Abschluss der Aufbereitung der letzten Folgeerhebung vernichtet bzw. gelöscht.

Die verwendeten Ordnungsnummern sind die Auswahlbezirksnummer, die Gebäudenummer, die Wohnungsnummer, die Haushaltsnummer und die Personennummer. Sie dienen der Herstellung des Haushalts-, Wohnungs- und Gebäudezusammenhangs und enthalten keine über die Erhebungs- und Hilfsmerkmale hinausgehenden Angaben. Diese Nummern werden durch neue Ordnungsnummern ersetzt, welche über diese statistischen Zusammenhänge hinaus keine weitergehenden Angaben über persönliche oder sachliche Verhältnisse enthalten.

Rechte und Pflichten der Erhebungsbeauftragten, Möglichkeiten der Auskunftserteilung

Zur Entlastung der zu Befragenden werden ehrenamtliche Erhebungsbeauftragte eingesetzt, die Erhebung kann aber auch schriftlich durchgeführt werden. Die Erhebungsbeauftragten haben ihre Berechtigung nachzuweisen. Sie müssen die Gewähr für Zuverlässigkeit und Verschwiegenheit bieten und sind zur Geheimhaltung besonders verpflichtet worden. Die aus ihrer Tätigkeit gewonnenen Erkenntnisse dürfen sie nicht in anderen Verfahren oder für andere Zwecke verwenden. Diese Verpflichtung gilt auch nach Beendigung der Tätigkeit.

Die Erhebungsbeauftragten sollen den Befragten bei der Beantwortung der Fragen behilflich sein. Die in den Fragebogen enthaltenen Fragen können mündlich gegenüber den Erhebungsbeauftragten oder elektronisch oder schriftlich beantwortet werden.

Im Zuge der schriftlichen Befragung erhalten die zu Befragenden die Fragebogen mit entsprechenden Hinweisen zum Ausfüllen direkt von der/dem Erhebungsbeauftragten bzw. von der für sie zuständigen Erhebungsstelle. Bei schriftlicher Auskunftserteilung können die ausgefüllten Fragebogen den Erhebungsbeauftragten übergeben oder bei der Erhebungsstelle abgegeben oder dorthin übersandt werden. Von einer elektronischen Übermittlung der schriftlichen Erhebungsunterlagen bitten wir abzusehen, da dies kein gesicherter Übermittlungsweg ist.

Rechte der Betroffenen, Kontaktdaten der Datenschutzbeauftragten, Recht auf Beschwerde

Die Auskunftgebenden, deren personenbezogene Angaben verarbeitet werden, können

- eine Auskunft nach Artikel 15 DS-GVO,
- die Berichtigung nach Artikel 16 DS-GVO,
- die Löschung nach Artikel 17 DS-GVO sowie
- die Einschränkung der Verarbeitung nach Artikel 18 DS-GVO

der jeweils sie betreffenden personenbezogenen Angaben beantragen oder der Verarbeitung ihrer personenbezogenen Angaben nach Artikel 21 DS-GVO widersprechen.

Sollte von den oben genannten Rechten Gebrauch gemacht werden, prüft die zuständige öffentliche Stelle, ob die gesetzlichen Voraussetzungen hierfür erfüllt sind. Die Antragstellende Person wird gegebenenfalls aufgefordert ihre Identität nachzuweisen bevor weitere Maßnahmen ergriffen werden.

Fragen und Beschwerden über die Einhaltung datenschutzrechtlicher Bestimmungen können jederzeit an die behördlichen Datenschutzbeauftragten der statistischen Ämter des Bundes und der Länder oder an die jeweils zuständigen Datenschutzaufsichtsbehörden gerichtet werden. Deren Kontaktdaten finden Sie unter <https://www.statistikportal.de/de/datenschutz>.

Muster

Muster