



**Einstufung zum Kammerbeitrag 2021**  
(bitte bis zum 1. März 2021 ausgefüllt zurücksenden)

Name: \_\_\_\_\_

Mitgliedsnummer: \_\_\_\_\_

- Der Einstufung liegt der Auszug des **Einkommensteuerbescheides 2019** in Kopie bei. Aus dem Auszug sollen **Name und Steuer ID** (letztere auf jeder Seite ersichtlich) hervorgehen, sowie die Höhe der Einkünfte aus selbständiger **und / oder** nichtselbständiger Arbeit (bei der Beantragung einer Kinderermäßigung auch die **Zahl der Freibeträge** für Kinder).

**oder**

- Der Einstufung liegt die **Bescheinigung des/der Steuerberater\*in über die Einkünfte 2019** bei. **Bitte** benutzen Sie ausschließlich das beigegefügte **Muster**.

Nach meinen Einkünften aus berufsbezogener Tätigkeit des Jahres 2019 beträgt der Beitrag

EUR

- Ich beantrage **Kinderermäßigung** in Höhe von EUR 36,00 je **steuerlich anerkanntem** Kind für \_\_\_\_\_ Kinder (gemäß § 6 Abs. 2 der Beitragsordnung). Einen Nachweis über gewährte Kinderfreibeträge füge ich bei (siehe Schlagworte Beitragsveranlagung).
- Ich beantrage die Berücksichtigung meiner **Schwerbehinderung** (gemäß § 6 Abs. 3 der Beitragsordnung). Eine Kopie meines Ausweises (Vorder- u. Rückseite) füge ich bei.
- Ich beantrage die Berücksichtigung der bestehenden **Doppelmitgliedschaft** in einer anderen Kammer (gemäß § 6 Abs. 5 der Beitragsordnung).  
Mitgliedschaft besteht ebenfalls bei der \_\_\_\_\_  
(Namen d. Landespsychotherapeutenkammer/Ärzttekammer angeben)

Abzüglich der beantragten Ermäßigung/en ergibt sich daraus ein zu zahlender Beitrag von

EUR

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

(weiter siehe Rückseite)



Rücksendung an:

**Psychotherapeutenkammer Hessen**  
**Frankfurter Str. 8**  
**65189 Wiesbaden**

## Erteilung/Änderung eines SEPA-Lastschriftmandats

Ein **SEPA-Lastschriftmandat**: liegt vor  wird erteilt/geändert

### Zahlungsempfänger

Psychotherapeutenkammer Hessen, Frankfurter Str. 8, 65189 Wiesbaden  
Gläubiger-Identifikationsnummer: DE73ZZZ00000274135

### Kontoinhaber/in

Name: \_\_\_\_\_ Mitgliedsnummer: \_\_\_\_\_  
(ggfls. abweichend vom Namen des Mitglieds)

Anschrift: \_\_\_\_\_

**Geldinstitut** \_\_\_\_\_

**IBAN** **DE** \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

Mandatsreferenz - wird von der PTK vergeben -

Die Abbuchungen werden entsprechend den in der geltenden Beitragsordnung gemachten Vorgaben durchgeführt.

\_\_\_\_\_  
Datum                      Unterschrift

### **Hinweis**

Die Kammer verpflichtet sich, den Einzug des Beitrages nur in Höhe des auf dem Beitragsbescheid ausgewiesenen Betrages vorzunehmen. Im Fall einer notwendigen Korrektur wird ein eventuelles Guthaben erstattet.

*Damit die Kammer ihre gesetzlichen Aufgaben erfüllen kann, werden die dazu erforderlichen Daten (gem. §§ 2 und 3 Heilberufsgesetz in Verbindung mit § 3 Abs. 1 HDSIG) erhoben und elektronisch gespeichert. Diese Mitteilung erfolgt aufgrund § 31 Abs. 1 Nr. 1 HDSIG (Hessisches Datenschutz- und Informationsfreiheitsgesetz). Unsere ausführliche Datenschutzerklärung finden Sie auf der Kammerwebsite ([www.ptk-hessen.de](http://www.ptk-hessen.de)) unter Recht / Datenschutz.*