



Einstufung zum Kammerbeitrag 2025
(bitte bis zum 1. März 2025 ausgefüllt zurücksenden)

>> Grundsätzlich sind Einstufung und Nachweis/e gemeinsam einzureichen <<

Name: _____

Mitgliedsnummer: _____

- Der Einstufung liegt der Auszug des **Einkommensteuerbescheides 2023** 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 2023** bei.
*Bitte benutzen Sie ausschließlich das beigefügte **Muster**. Hier Rücksendefrist 02.06.2025.*

oder

- Selbsteinstufung in die Höchststufe** (EUR 752,00) – *Ein Nachweis der Einkünfte ist entbehrlich, sofern keine Ermäßigungen beantragt werden.*

Nach meinen Einkünften aus berufsbezogener Tätigkeit des Jahres 2023 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). Ein Nachweis über gewährte Kinderfreibeträge ist beigefügt (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 _____
(Name d. Psychotherapeutenkammer/Ärztammer angeben)

Datum

Unterschrift

(weiter siehe Rückseite)



Rücksendung bitte an:

Psychotherapeutenkammer Hessen
Frankfurter Str. 8
65189 Wiesbaden

Erteilung/Änderung eines SEPA-Lastschriftmandats

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

Zahlungsempfängerin

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 der 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) unter Recht / Datenschutz.