



	Sonstige Zulagen, Sachbezüge		Euro
<b>4</b>	<b>Die Arbeitnehmerin hat in der Zeit vom _____ bis _____ einen Arbeitgeberzuschuss zum Mutterschaftsgeld erhalten:</b>		
	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	In welcher Höhe EUR	
<b>5</b>	<b>Wird sich das Einkommen der Arbeitnehmerin/des Arbeitnehmers in den nächsten 12 Monaten verringern oder erhöhen?</b>		
	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Ab wann und in welcher Höhe monatlich? (Datum, EUR)	
		Grund der Veränderung	
<b>6</b>	<b>Das Ausbildungsverhältnis des Auszubildenden hat begonnen am _____</b>		
	und endet am _____		
	Die Vergütung des Auszubildenden beträgt im		
	1. Ausbildungsjahr	Euro	3. Ausbildungsjahr
			Euro
	2. Ausbildungsjahr	Euro	4. Ausbildungsjahr
			Euro
	Zu erwartendes Weihnachtsgeld		Euro
	Zu erwartendes Urlaubsgeld		Euro
<b>7</b>	<b>Die Arbeitnehmerin/der Arbeitnehmer ist krankenversichert bei</b>		
	Krankenkasse		
<b>8</b>	<b>Sie/Er war nach dem Zeitraum der Lohnfortzahlung noch arbeitsunfähig krank</b>		
	in der Zeit vom – bis	Tage	
	Ist der dafür gezahlte Lohnausgleich (Arbeitgeberzuschuss zum Krankengeld) im Bruttoeinkommen enthalten?		
	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	In welcher Höhe Euro	
<b>9</b>	<b>Steuer- und Versicherungsleistungen</b>		
	Bei dem in Zeile 2 aufgeführten Einkommen		
	- handelt es sich um einen vom Arbeitgeber pauschal besteuerten Arbeitslohn	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
	<b>- wurde/wurden einbehalten und abgeführt</b>		
	a) die Lohnsteuer	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
	b) die Pflichtbeiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung oder Beiträge zu damit vergleichbaren Versicherungseinrichtungen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
	c) die Pflichtbeiträge zur gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung oder Beiträge zu damit vergleichbaren Versicherungseinrichtungen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
<b>10</b>	<b>Zeiträume ohne Lohn/Gehaltsbezug (z.B. wg. unbezahlter Urlaub etc.) :</b>		
	Ich versichere, dass die v.g. Angaben vollständig und wahr sind. Ich bin mir bewusst, dass falsche Angaben strafrechtlich verfolgt werden können.		
	Ort, Datum	<b>Stempel und Unterschrift des/r Arbeitgebers/in</b>	Telefon / Fax/ e-mail Adresse

**Wichtig!****Bei Bezug von Leistungen der Krankenkasse****► Nachweise vorlegen!**

Wenn Krankengeld oder Mutterschaftsgeld bezogen wird oder bezogen wurde, bitte die nachfolgende Bestätigung von Ihrer Krankenkasse vervollständigen lassen **oder** einen separaten von der Krankenkasse ausgestellten Nachweis vorlegen.

**Bescheinigung der Krankenkasse**

Der umstehende Arbeitnehmer/die umstehende Arbeitnehmerin ist bzw. war in den letzten 12 Monaten

- arbeitsunfähig krank und erhält bzw. erhielt Krankengeld.
- Empfängerin von folgendem Mutterschaftsgeld.

► Betragsangaben (**brutto**) in Euro

von – bis	Tage	Tagessatz (Beitrag)	bei wöchentlich	Gesamtbetrag
Leistungen in den letzten 12 Monaten insgesamt				Gesamtbetrag

► **Bruttobetrag** (ggf. einschließlich der Pflichtbeiträge zur gesetzlichen Renten- und/oder Arbeitslosenversicherung, die zu Lasten der/des Versicherten zu entrichten sind).

**Bestätigung der Krankenkasse**

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift

Telefon/Fax