

| | | |
|---|--|--|
| 4 | Die Arbeitnehmerin hat in der Zeit vom _____ bis _____ einen Arbeitgeberzuschuss zum Mutterschaftsgeld erhalten | |
| | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | In welcher Höhe <div style="text-align: right;">EUR</div> |
| 5 | Wird sich das Einkommen der Arbeitnehmerin/des Arbeitnehmers in den nächsten 12 Monaten verringern oder erhöhen? | |
| | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | Ab wann und in welcher Höhe monatlich? (Datum, EUR) <hr/> Grund der Veränderung |
| 6 | Das Ausbildungsverhältnis des Auszubildenden hat begonnen am _____ und endet am _____ | |
| | Die Vergütung des Auszubildenden beträgt im | |
| | 1. Ausbildungsjahr EUR | 3. Ausbildungsjahr EUR |
| | 2. Ausbildungsjahr EUR | 4. Ausbildungsjahr EUR |
| | Zu erwartendes Weihnachtsgeld | EUR |
| | Zu erwartendes Urlaubsgeld | EUR |
| 7 | Die Arbeitnehmerin/der Arbeitnehmer ist krankenversichert bei | |
| | Krankenkasse | |
| 8 | Sie/Er war nach dem Zeitraum der Lohnfortzahlung noch arbeitsunfähig krank | |
| | 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 <div style="text-align: right;">EUR</div> |
| 9 | Steuer- und Versicherungsleistungen | |
| | 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 |
| | - wurde/wurden vom Bruttoentgelt einbehalten und abgeführt | |
| | 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 |
| 10 | Zeiträume ohne Lohn/Gehaltsbezug (zum Beispiel wegen unbezahlten Urlaubs et cetera) : | |
| Ich versichere, dass die vorgenannten Angaben vollständig und wahr sind. Ich bin mir bewusst, dass falsche Angaben strafrechtlich verfolgt werden können. | | |
| Ort, Datum | Stempel und Unterschrift des/r Arbeitgebers/in | Telefon/ Fax/ E-Mail-Adresse |

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

Wenn Sie zurzeit Krankengeld oder Mutterschaftsgeld beziehen oder in den letzten 12 Monaten bezogen haben, lassen Sie bitte die nachfolgende Bestätigung von Ihrer Krankenkasse vervollständigen. Sie können auch einen anderen von der Krankenkasse ausgestellten Nachweis vorlegen, wenn dieser die gleichen Angaben enthält.

Bescheinigung der Krankenkasse

Herr/Frau

| | |
|--|-----------|
| Versicherte/Versicherter (Name, Vorname) | Anschrift |
|--|-----------|

| |
|--------------|
| Geburtsdatum |
|--------------|

ist bzw. war in den letzten 12 Monaten

arbeitsunfähig krank und erhält beziehungsweise erhielt folgendes Krankengeld.

Empfängerin von folgendem Mutterschaftsgeld.

► Betragsangaben (brutto) in EURO

| von – bis | Tage | Tagessatz (Beitrag) | monatlich | Gesamtbetrag |
|--|------|---------------------|-----------|--------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| Leistungen in den letzten 12 Monaten insgesamt | | | | Gesamtbetrag |

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

Von dem Krankengeld/Verletztengeld wurden

keine Beträge einbehalten

folgende Beträge einbehalten (bitte einzeln angeben):

| Zeitraum | Euro | Grund |
|----------|------|-------|
| | | |
| | | |

Bestätigung der Krankenkasse

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift

Telefon/Fax