



<b>4</b>	<b>Die Arbeitnehmerin hat in der Zeit vom <input style="width: 100px;" type="text"/> bis <input style="width: 100px;" type="text"/> einen Arbeitgeberzuschuss zum Mutterschaftsgeld erhalten</b>		
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		In welcher Höhe <div style="text-align: right;">EUR</div>	
<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 <input style="width: 150px;" type="text"/> und endet am <input style="width: 150px;" type="text"/></b>		
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
<b>7</b>	<b>Die Arbeitnehmerin/der Arbeitnehmer ist krankenversichert bei</b>		
Krankenkasse <input style="width: 800px;" type="text"/>			
<b>8</b>	<b>Sie/Er war nach dem Zeitraum der Lohnfortzahlung noch arbeitsunfähig krank</b>		
in der Zeit vom – bis		Tage	
<input style="width: 150px;" type="text"/>		<input style="width: 150px;" type="text"/>	
<input style="width: 150px;" type="text"/>		<input style="width: 150px;" type="text"/>	
<input style="width: 150px;" type="text"/>		<input style="width: 150px;" type="text"/>	
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>	
<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>		
<input style="width: 800px;" type="text"/>			
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