

4	Die Arbeitnehmerin hat in der Zeit vom _____ bis _____ einen Arbeitgeberzuschuss zum Mutterschaftsgeld erhalten		
☐ nein ☐ ja		In welcher Höhe EUR	
5	Wird sich das Einkommen der Arbeitnehmerin/des Arbeitnehmers in den nächsten 12 Monaten verringern oder erhöhen?		
☐ nein ☐ ja		Ab wann und in welcher Höhe monatlich? (Datum, EUR) 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
2. Ausbildungsjahr		EUR	4. Ausbildungsjahr
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?			
☐ nein ☐ ja		In welcher Höhe EUR	
9	Steuer- und Versicherungsleistungen		
Bei dem in Zeile 2 aufgeführten Einkommen			
- handelt es sich um einen vom Arbeitgeber pauschal besteuerten Arbeitslohn		☐ nein ☐ ja	
- wurde/wurden vom Bruttoentgelt einbehalten und abgeführt			
a) die Lohnsteuer		☐ nein ☐ ja	
b) die Pflichtbeiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung oder Beiträge zu damit vergleichbaren Versicherungseinrichtungen		☐ nein ☐ ja	
c) die Pflichtbeiträge zur gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung oder Beiträge zu damit vergleichbaren Versicherungseinrichtungen		☐ nein ☐ ja	
10	Zeiträume ohne Lohn/Gehaltsbezug (z.B. wg. unbezahlter Urlaub etc.) :		
Ich versichere, dass die v.g. 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 bzw. erhielt Krankengeld.☐ Empfängerin von folgendem Mutterschaftsgeld.**► Betragsangaben (brutto) in EURO**

von – bis	Tage	Tagessatz (Beitrag)	bei wöchentlich	Gesamtbetrag
von – bis	Tage	Tagessatz (Beitrag)	bei wöchentlich	Gesamtbetrag
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).

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