Verdienstbescheinigung des Arbeitgebers

(Ort und Datum)

(Telefon)

(Unterschrift/Stempel des Arbeitgebers)

Name, Vorname:				Geburtsdatum: Beruf:				
Anschrift:								
Beschä	iftigt von – bis:							
1.	Steuerpflichtiges Bruttoeinkommen aus nichtselbststän 1.1 im letzten Kalenderjahr vor Antragstellung ohne Sonderzuwendungen (Nr. 2)				ndiger Arbeit (z.B. Lohn Gehalt, Pension, Werksrente) 1.2 im laufenden Kalenderjahr bis zum Monat der Antragstellung ohne Sonderzuwendungen (Nr. 2)			
	01/20	€	07/20 -	€	01/20	€	07/20	-
	02/20 -							
	03/20							
	04/20 -							
	05/20							
	06/20							
			Summe					
3.	Zusätzliche Monatsgehälter Sonstige zusätzlich Leistungen/Sachbezüge Ausfallzeiten aus folgendem Grund:							
	vom – bis:							
4.	Einkommensveränderungen (werden sich die Einnahmen der Arbeitnehmerin/ □ja des Arbeitnehmers in den nächsten 12 Monaten verringern oder erhöhen?)							□nein
	Falls ja, ab Höhe € monatlich							
	Grund für die Veränderung der Einnahme:							
5.	Krankenversicherung, Rentenversicherung und Steuern							
	Die Arbeitnehmerin, der Arbeitnehmer entrichtet: Pflichtbeiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung □ ja						-	□nein
	Pflichtbeiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung □ja Steuern vom Einkommen □ja						□ja □ja	□nein □nein
	Ich versichere, das bewusst, dass falso		_		_	ig und voll	ständig sin	d. Mir ist