

4	Falls in dem angegebenen Zeitraum Leistungen nach den Spalten 3 bis 5 nicht gezahlt wurden, geben Sie bitte nachstehend die voraussichtlichen Jahresbeträge in den nächsten 12 Monaten an.		
	Bezeichnung	Zeitpunkt	Betrag
	Weihnachtsgeld (auch in der Elternzeit zu zahlendes), Jahresprämien		
	Zusätzliches Urlaubsgeld (auch in der Elternzeit zu zahlendes), Monatsgehälter		
	Sonstige Zulagen, Sachbezüge		
5	Die Arbeitnehmerin hat in der Zeit vom _____ bis _____ einen Arbeitgeberzuschuss zum Mutterschaftsgeld erhalten. <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nein Betrag <input type="text"/>		
6	Wird sich das Einkommen der Arbeitnehmerin/des Arbeitnehmers in den nächsten 12 Monaten verringern oder erhöhen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nein Ab wann? In Welcher Höhe monatlich? Grund der Veränderung: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
8	Das Ausbildungsverhältnis hat begonnen am: <input type="text"/> und endet am: <input type="text"/> Die Ausbildungsvergütung beträgt im 1. Ausbildungsjahr <input type="text"/> 3. Ausbildungsjahr <input type="text"/> 2. Ausbildungsjahr <input type="text"/> 4. Ausbildungsjahr <input type="text"/> zu erwartendes Weihnachtsgeld: <input type="text"/> zu erwartendes Urlaubsgeld: <input type="text"/>		
9	Die Arbeitnehmerin/der Arbeitnehmer ist krankenversichert bei: Name der Krankenversicherung <input type="text"/>		
10	Sie/Er war nach dem Zeitraum der Lohnfortzahlung noch arbeitsunfähig krank in der Zeit von - bis _____ Tage <input type="text"/> <input type="text"/> Ist der dafür gezahlte Lohnausgleich (Arbeitgeberzuschuss zum Krankengeld) im Bruttoeinkommen enthalten? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nein In welcher Höhe ? Betrag: <input type="text"/>		
11	Bei dem unter 3 aufgeführten Arbeitseinkommen handelt es sich um einen vom Arbeitgeber pauschal besteuerten Arbeitslohn wurde/n einbehalten und abgeführt: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein a) Lohnsteuer <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein b) Pflichtbeiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung o. Beiträge zu vergleichbaren Versicherungseinrichtungen <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein c) Pflichtbeiträge zur gesetzl. Kranken- u. Pflegeversicherung o. Beiträge zu vergleichbaren Versicherungseinrichtungen <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
12	Zeiträume ohne Lohn/Gehaltsbezug (z.B. wg. unbezahlter Urlaub etc.) : in der Zeit von - bis _____ Tage <input type="text"/> <input type="text"/>		
13	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 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		

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

--	--	--