

4	Die Arbeitnehmerin hat in der Zeit vom <input style="width: 50px;" type="text"/> bis <input style="width: 50px;" type="text"/> einen Arbeitgeberzuschuss zum Mutterschaftsgeld erhalten		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja In welcher Höhe <p style="text-align: right;">EUR</p>
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 <input style="width: 50px;" type="text"/> 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 <input style="width: 80%;" type="text"/>		
8	Sie/Er war nach dem Zeitraum der Lohnfortzahlung noch arbeitsunfähig krank		
	in der Zeit vom – bis		Tage
	<input style="width: 80%;" type="text"/>		<input style="width: 50px;" type="text"/>
	<input style="width: 80%;" type="text"/>		<input style="width: 50px;" type="text"/>
	<input style="width: 80%;" type="text"/>		<input style="width: 50px;" type="text"/>
	Ist der dafür gezahlte Lohnausgleich (Arbeitgeberzuschuss zum Krankengeld) im Bruttoeinkommen enthalten?		
	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
	- wurde/wurden 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 (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 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