



<b>3</b>	Falls in dem angegebenen Zeitraum Leistungen nach den Spalten 3 bis 5 nicht gezahlt wurden, geben Sie bitte nachstehend die <b>voraussichtlichen Jahresbeträge in den nächsten 12 Monaten</b> an:		
	Weihnachtsgeld (auch in der Elternzeit zu zahlendes), Jahresprämien		€
	Zusätzliches Urlaubsgeld (auch in der Elternzeit zu zahlendes), Monatsgehälter		€
	Sonstige Zulagen, Sachbezüge		€
<b>4</b>	<input type="checkbox"/> <b>Die Arbeitnehmerin hat einen Arbeitgeberzuschuss zum Mutterschaftsgeld erhalten</b> in der Zeit vom <input style="width: 100px;" type="text" value="Datum (TT.MM.JJJJ)"/> bis <input style="width: 100px;" type="text" value="Datum (TT.MM.JJJJ)"/> in Höhe von <input style="width: 100px;" type="text"/> €		
<b>5</b>	<b>Wird sich das Einkommen der arbeitnehmenden Person in den nächsten 12 Monaten verringern oder erhöhen?</b> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, ab <input style="width: 100px;" type="text" value="Datum (TT.MM.JJJJ)"/> in Höhe von <input style="width: 100px;" type="text"/> € Grund der Veränderung: _____		
<b>6</b>	<input type="checkbox"/> Das Ausbildungsverhältnis der auszubildenden Person hat begonnen am <input style="width: 100px;" type="text" value="Datum (TT.MM.JJJJ)"/> und endet am <input style="width: 100px;" type="text" value="Datum (TT.MM.JJJJ)"/> <b>Die Vergütung der auszubildenden Person beträgt im</b>		
	1. Ausbildungsjahr	€	3. Ausbildungsjahr
	2. Ausbildungsjahr	€	4. Ausbildungsjahr
			zu erwartendes Weihnachtsgeld
			zu erwartendes Urlaubsgeld
<b>7</b>	Die arbeitnehmende Person ist krankenversichert bei Name, Anschrift der Krankenkasse: _____		
<b>8</b>	<input type="checkbox"/> Die Person war nach dem Zeitraum der Lohnfortzahlung noch arbeitsunfähig krank in der Zeit vom _____ bis _____ Anzahl Tage _____ _____ _____ Ist der dafür gezahlte Lohnausgleich (Arbeitgeberzuschuss zum Krankengeld) im Bruttoeinkommen enthalten? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, in Höhe von: <input style="width: 100px;" type="text"/> €		
<b>9</b>	<b>Steuer- und Versicherungsleistungen</b> Bei dem in Zeile 2 aufgeführten Einkommen <input type="checkbox"/> handelt es sich um einen von der arbeitgebenden Person pauschal besteuerten Arbeitslohn. <input type="checkbox"/> wurde/wurden wie folgt vom Bruttoentgelt einbehalten und abgeführt: <input type="checkbox"/> a) die Lohnsteuer <input type="checkbox"/> b) die Pflichtbeiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung oder Beiträge zu damit vergleichbaren Versicherungseinrichtungen <input type="checkbox"/> c) die Pflichtbeiträge zur gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung oder Beiträge zu damit vergleichbaren Versicherungseinrichtungen		
<b>10</b>	<b>Zeiträume ohne Lohn/Gehaltsbezug</b> (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.

Mit freundlichen Grüßen

Ort, Datum	Stempel und Unterschrift arbeitgebende Person	Telefon-, Fax- und 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/Person

Familienname		Vorname		Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)
Straße	Hausnummer	PLZ	Ort	

ist bzw. war in den letzten 12 Monaten

- arbeitsunfähig krank und erhält bzw. erhielt Krankengeld
- Empfängerin von folgendem Mutterschaftsgeld

in der Zeit vom	bis	Anzahl Tage	Tagessatz (Beitrag)	bei wöchentlich	Gesamtbetrag (brutto!)
			€	€	€
			€	€	€
			€	€	€

### Leistungen in den letzten 12 Monaten insgesamt

=> **Bruttobetrag** (ggf. einschließlich der Pflichtbeiträge zur gesetzlichen Renten- und/oder Arbeitslosenversicherung, die zu Lasten der versicherten Person zu entrichten sind).

	€
--	---

### Von dem Krankengeld/Verletztengeld wurden

- keine Beträge einbehalten
- folgende Beträge einbehalten (bitte einzeln angeben):

Zeitraum	Betrag	Grund
	€	
	€	

### Bestätigung der Krankenkasse

Ort, Datum	Stempel und Unterschrift	Telefon / Fax / E-Mail
------------	--------------------------	------------------------