

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 <div style="text-align: right; margin-top: 10px;">EUR</div>	
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) <div style="border: 1px solid black; height: 20px; margin-top: 5px;"></div> Grund der Veränderung	
6	Das Ausbildungsverhältnis des Auszubildenden hat begonnen am	<input style="width: 50px;" type="text"/>	und endet am <input style="width: 50px;" type="text"/> Die Vergütung des Auszubildenden beträgt im	
	1. Ausbildungsjahr	EUR	3. Ausbildungsjahr	EUR
	2. Ausbildungsjahr	EUR	4. Ausbildungsjahr	EUR
	Zu erwartendes Weihnachtsgeld			EUR
	Zu erwartendes Urlaubsgeld			EUR
7	Die Arbeitnehmerin/der Arbeitnehmer ist krankenversichert bei		Krankenkasse <div style="border: 1px solid black; height: 20px; margin-top: 5px;"></div>	
8	Sie/Er war nach dem Zeitraum der Lohnfortzahlung noch arbeitsunfähig krank		in der Zeit vom – bis <input style="width: 100px;" type="text"/> Tage <input style="width: 50px;" type="text"/> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; margin-top: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; margin-top: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; margin-top: 5px;"></div> Ist der dafür gezahlte Lohnausgleich (Arbeitgeberzuschuss zum Krankengeld) im Bruttoeinkommen enthalten? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja In welcher Höhe <div style="text-align: right; margin-top: 10px;">EUR</div>	
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 vom Bruttoentgelt 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 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
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
------------	--------------------------	-------------