

| | | |
|--|---|--------------------------------------|
| 4 Die Arbeitnehmerin hat in der Zeit vom [] bis [] einen Arbeitgeberzuschuss zum Mutterschaftsgeld erhalten | | |
| <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | In welcher Höhe EUR | |
| 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) | |
| | Grund der Veränderung | |
| 6 Das Ausbildungsverhältnis des Auszubildenden hat begonnen am [] und endet voraussichtlich am [] | | |
| 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 | | |
| 8 Sie/Er war nach dem Zeitraum der Lohnfortzahlung noch arbeitsunfähig krank | | |
| in der Zeit vom – bis | Tage | |
| | | |
| | | |
| | | |
| 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. unbezahltem 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 |