

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 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 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 |
| | | |