



<b>3</b>	<b>Falls in dem angegebenen Zeitraum Leistungen nach den Spalten 3 bis 5 nicht gezahlt wurden, geben Sie bitte nachstehend die voraussichtlichen Jahresbeträge in den nächsten 12 Monaten an.</b>	
	Weihnachtsgeld (auch in der Elternzeit zu zahlendes), Jahresprämien	_____ Euro
	Zusätzliches Urlaubsgeld (auch in der Elternzeit zu zahlendes), Monatsgehälter	_____ Euro
	Sonstige Zulagen, Sachbezüge	_____ Euro
<b>4</b>	<b>Der / Die Arbeitnehmer/in hat in der Zeit vom _____ Datum bis _____ Datum einen Arbeitgeberzuschuss zum Mutterschaftsgeld erhalten</b>	
		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
	In welcher Höhe	_____ Euro
<b>5</b>	<b>Wird sich das Einkommen der Arbeitnehmerin/des Arbeitnehmers in den nächsten 12 Monaten verringern oder erhöhen?</b>	
		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
	Ab wann _____ Datum und in welcher Höhe monatlich?	_____ Euro
	Grund der Veränderung	
<b>6</b>	<b>Das Ausbildungsverhältnis des Auszubildenden hat begonnen am _____ Datum und endet am _____ Datum</b>	
	Die Vergütung des Auszubildenden beträgt im	
	1. Ausbildungsjahr _____ Euro	3. Ausbildungsjahr _____ Euro
	2. Ausbildungsjahr _____ Euro	4. Ausbildungsjahr _____ Euro
	Zu erwartendes Weihnachtsgeld	_____ Euro
	Zu erwartendes Urlaubsgeld	_____ Euro
<b>7</b>	<b>Die Arbeitnehmerin / der Arbeitnehmer ist krankenversichert bei</b>	
	Krankenkasse	
<b>8</b>	<b>Sie / Er war nach dem Zeitraum der Lohnfortzahlung noch arbeitsunfähig krank</b>	
	in der Zeit vom _____ bis _____	Tage _____
	Ist der dafür gezahlte Lohnausgleich (Arbeitgeberzuschuss) im Bruttoeinkommen enthalten? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
	Wenn ja, in welcher Höhe?	_____ Euro
<b>9</b>	<b>Steuer- und Versicherungsleistungen</b>	
	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
	<b>- wurde / wurden einbehalten und abgeführt</b>	
	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

**Ich versichere, dass die in dieser Bescheinigung gemachten Angaben vollständig und wahr sind. Ich bin mir bewusst, dass falsche Angaben strafrechtlich verfolgt werden können.**

**Bestätigung der Arbeitgeberin / des Arbeitgebers**

Ort, Datum

Telefon / Fax / E-Mail Adresse

Stempel und Unterschrift der Arbeitgeberin / des Arbeitgebers