

3	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.	
	Weihnachtsgeld (auch in der Elternzeit zu zahlendes), Jahresprämien	_____ Euro
	Zusätzliches Urlaubsgeld (auch in der Elternzeit zu zahlendes), Monatsgehälter	_____ Euro
	Sonstige Zulagen, Sachbezüge	_____ Euro
4	Der / Die Arbeitnehmer/in hat in der Zeit Datum _____ bis Datum _____ einen Arbeitgeberzuschuss zum Mutterschaftsgeld erhalten <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
	In welcher Höhe	_____ Euro
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 Datum _____ und in welcher Höhe monatlich?	_____ Euro
	Grund der Veränderung	
6	Das Ausbildungsverhältnis des Auszubildenden hat begonnen am Datum _____ und endet am Datum _____	
	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
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) im Bruttoeinkommen enthalten? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja, in welcher Höhe? _____ Euro	
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	

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
