

IV.	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	
V.	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	
VI.	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
!	Sollten sich tarifliche Veränderungen ergeben, bitten wir Sie dies entsprechend zu vermerken.		
VII.	Die Arbeitnehmerin/der Arbeitnehmer ist krankenversichert bei		
	Krankenkasse		
VIII.	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	
IX.	Steuer- und Versicherungsleistungen		
	Bei dem in Spalte 2 (1. Seite) aufgeführten Einkommen		
	- handelt es sich um einen vom Arbeitgeber pauschal besteuerten Arbeitslohn (Minijob)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
	- wurde vom Arbeitnehmer 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
X.	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