

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 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
------------	--	-------------------------------