

3 Wird sich das Einkommen der Arbeitnehmerin / des Arbeitnehmers in den nächsten 12 Monaten verringern oder erhöhen?

| | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Ab wann und in welcher Höhe monatlich? (Datum, EUR) |
| | Grund der Veränderung |

4 Die Arbeitnehmerin hat in der Zeit

vom bis

einen Arbeitgeberzuschuss zum Mutterschaftsgeld erhalten

ja nein

Wenn ja, in welcher Höhe?

EUR

5 Das Ausbildungsverhältnis des Auszubildenden hat begonnen am

und endet am

Die Vergütung des Auszubildenden beträgt im

| | | | |
|------------------------------------|--------------------------|--------------------|--------------------------|
| 1. Ausbildungsjahr | <input type="text"/> EUR | 3. Ausbildungsjahr | <input type="text"/> EUR |
| 2. Ausbildungsjahr | <input type="text"/> EUR | 4. Ausbildungsjahr | <input type="text"/> EUR |
| davon Weihnachtsgeld / Urlaubsgeld | | | <input type="text"/> EUR |

6 Zeiträume ohne Lohn/Gehalt (z.B. bei unbezahltm Urlaub, Krankheitszeiten ohne Lohnfortzahlung)

| in der Zeit vom - bis | Tage |
|-----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |

Ist der dafür gezahlte Lohnausgleich (Arbeitgeberzuschuss zum Krankengeld) im Bruttoeinkommen enthalten?

ja nein

Wenn ja, in welcher Höhe?

EUR

7 Steuer- und Versicherungsleistungen

Bei dem unter der Nummer 2 aufgeführten Einkommen

- handelt es sich um einen vom Arbeitgeber pauschal besteuerten Arbeitslohn ja nein
- wurde / wurden **einbehalten und abgeführt**

a) Lohnsteuer und andere Steuern vom Einkommen ja nein

Die Lohnsteuer wurde auf den Arbeitnehmer abgewälzt ja nein

b) Pflichtbeiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung oder Beiträge zu damit vergleichbaren Versicherungseinrichtungen ja nein

c) Die geringfügig beschäftigte Person stockt den Pauschalbeitrag zur Rentenversicherung auf ja nein

d) Pflichtbeiträge zur gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung oder Beiträge zu damit vergleichbaren Versicherungseinrichtungen ja nein

| | | |
|------------|---|----------------|
| Ort, Datum | Stempel und Unterschrift des Arbeitgebers | Telefon |
| | | Fax |
| | | E-Mail-Adresse |