



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

<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	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:**     nein     ja.    **Wenn ja, Höhe:**  **EUR**

**5 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/Urlaubsgeld:			EUR

**6 Die Arbeitnehmerin/der Arbeitnehmer ist krankenversichert bei:**

Krankenkasse:

**7 Sie/Er war nach dem Zeitraum der Lohnfortzahlung noch arbeitsunfähig krank:**

In der Zeit vom – bis	Tage
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>Ist der dafür gezahlte Lohnausgleich (Arbeitgeberzuschuss zum Krankengeld) im Bruttoeinkommen enthalten?</b>	
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	In welcher Höhe? <input type="text"/> <b>EUR</b>

**8 Steuer- und Versicherungsleistungen**

Bei dem unter der Nummer 2 aufgeführten Einkommen  
 - handelt es sich um einen vom Arbeitgeber pauschal besteuerten Arbeitslohn:     nein     ja  
 - wurde/wurden **einbehalten und abgeführt**

a) Lohnsteuer und andere Steuern vom Einkommen Die Lohnsteuer wurde auf den Arbeitnehmer abgewälzt	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ja
b) Pflichtbeiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung oder Beiträge zu damit vergleichbaren Versicherungseinrichtungen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
c) Pflichtbeiträge zur gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung oder Beiträge zu damit vergleichbaren Versicherungseinrichtungen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

**9 Zeiträume ohne Lohn/Gehalt (z. B. bei unbezahltm Urlaub): Vom**  **bis**

Ort, Datum	Stempel und Unterschrift des Arbeitgebers	Telefon/Fax/E-Mail-Adresse
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>