

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 unbezahltem 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 | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Die Lohnsteuer wurde auf den Arbeitnehmer abgewälzt | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| b) Pflichtbeiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung oder Beiträge zu damit vergleichbaren Versicherungseinrichtungen | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| c) Die geringfügig beschäftigte Person stockt den Pauschalbeitrag zur Rentenversicherung auf | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| d) Pflichtbeiträge zur gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung oder Beiträge zu damit vergleichbaren Versicherungseinrichtungen | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |

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