

Verdienstbescheinigung

Bitte füllen Sie die zutreffenden Felder vollständig aus oder kreuzen Sie Zutreffendes an.

| | | |
|--|-------------------------------|-------------------------|
| <input type="checkbox"/> Herr | <input type="checkbox"/> Frau | geb. am |
| wohnhaft in (Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort) | | Steuerklasse |
| ist bei mir / uns beschäftigt vom - bis | | als (Beruf / Tätigkeit) |

1 Er/Sie hat derzeit ein monatliches Bruttoeinkommen (Lohn, Gehalt, Werksrente, ggf. auch Ausbildungsvergütung) einschl. Überstundenzuschläge, Lohnausgleich, Auslösungen, Trennungentschädigungen, Fahrtkostenzuschüsse, sonstiger Zulagen und ähnlicher Bezüge oder Sachleistungen (wie z. B. Kost, Wohnung, Dienstkleidung u. ä.)

von insgesamt EUR

2 Er / Sie hatte in der Zeit vom bis **(d. h. in den letzten zwölf Monaten)** folgendes Bruttoeinkommen:

| Monat / Jahr | Gesamt-betrag = Bruttoeinkommen einschließlich der steuerfreien Bezüge | Weihnachts-geld, Jahres-prämie | Urlaubsgeld, zusätzliche Monats-gehälter | In dem Gesamtbetrag (Spalte 2) sind enthalten | |
|-------------------|--|--------------------------------|--|---|--|
| | | | | Steuerfreie Zulagen / Bezüge ¹⁾ | Sonstige steuerfreie Zuschüsse und Entschädigungen ¹⁾ |
| | | | | <input type="checkbox"/> Winterausfallgeld <input type="checkbox"/> Kurzarbeitergeld <input type="checkbox"/> Zuschläge für Sonntags-, Feiertags- und Nachtarbeit <input type="checkbox"/> Beiträge an Pensionskassen, Direktversicherung <input type="checkbox"/> <input style="width: 100px;" type="text"/> | <input type="checkbox"/> Fahrtkostenzuschüsse <input type="checkbox"/> Verpflegungszuschüsse <input type="checkbox"/> Auslösungen und Trennungentschädigungen <input type="checkbox"/> <input style="width: 100px;" type="text"/> |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| Insgesamt: | | | | | |

¹⁾ Zutreffendes bitte ankreuzen oder Art der Einnahme eintragen!

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 | EUR | 3. Ausbildungsjahr | EUR |
| 2. Ausbildungsjahr | EUR | 4. Ausbildungsjahr | EUR |
| davon Weihnachtsgeld / Urlaubsgeld | | | EUR |

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

| in der Zeit vom - bis | Tage |
|-----------------------|------|
| | |
| | |
| | |

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 |

Gemeinde Nersingen