

3. Änderung des Bruttoeinkommens

Das in Ziffer 2 genannte Bruttoeinkommen wird sich in den nächsten 12 Monaten

verringern nein ja, ab (Datum) _____ auf jährlich _____ EUR

erhöhen nein ja, ab (Datum) _____ auf jährlich _____ EUR

Die Höhe der in Ziffer 2 genannten Zuwendungen wird sich in den nächsten 12 Monaten verändern

nein ja, (Art) _____ auf _____ EUR

ja, (Art) _____ auf _____ EUR

4. Soziale Abgaben / Steuern

Der Arbeitnehmer / Die Arbeitnehmerin entrichtet

- a) Pflichtbeiträge zur
gesetzlichen Krankenversicherung ja nein
gesetzlichen Rentenversicherung ja nein
- b) Steuern vom Einkommen ja nein

5. Krankheits- oder Beurlaubungszeiten

Der Arbeitnehmer / Die Arbeitnehmerin war oder ist ohne Anspruch

auf Lohnfortzahlung in der Zeit vom _____ bis _____
vom _____ bis _____

Grund: _____

Berlin, den _____ Stempel und
Telefon _____ Unterschrift des
Arbeitgebers: _____

Hinweis



Wenn Krankengeld bezogen wird oder bezogen wurde, bitte diesen Vordruck von der zuständigen Krankenkasse vervollständigen lassen. Für den Nachweis des Bruttoeinkommens und des Krankengeldes besteht auch die Möglichkeit, zwei getrennte Formulare zu verwenden.

Bescheinigung der Krankenkasse (bei Bezug von Krankengeld)

Der umseitig genannte Arbeitnehmer / Die umseitig genannte Arbeitnehmerin war in den letzten 12 Monaten vor Ausstellung dieser Bescheinigung arbeitsunfähig und erhielt **Kranken- und Hausgeld**

in der Zeit		Betrag	Zahlungszeitraum
vom _____	bis _____	_____ EUR (tägl. _____)	EUR für _____ Tage je Woche
vom _____	bis _____	_____ EUR (tägl. _____)	EUR für _____ Tage je Woche
vom _____	bis _____	_____ EUR (tägl. _____)	EUR für _____ Tage je Woche
vom _____	bis _____	_____ EUR (tägl. _____)	EUR für _____ Tage je Woche

Hat der Leistungsempfänger von den vorgenannten Beträgen Beiträge für Ausfallzeiten zur gesetzlichen Rentenversicherung zu tragen? ja nein

Berlin, den _____ Stempel und
Telefon _____ Unterschrift der
Krankenkasse: _____