

# Verdienstbescheinigung

Zutreffendes bitte ankreuzen oder ausfüllen.	

Herr/Frau	geb. am
wohnhaf in	Steuerklasse
ist bei mir/uns beschäftigt von - bis	als (Beruf/Tätigkeit)

**1 Sie/Er hat derzeit ein monatliches Bruttoeinkommen (Lohn, Gehalt, Werksrente, ggf. auch Ausbildungsvergütung) einschließlich Überstundenzuschläge, Lohnausgleich, Trennungsentschädigungen, Fahrkostenzuschüsse, sonstiger Zulagen und ähnlicher Bezüge oder Sachbezüge wie z.B. Essen, Wohnung, Dienstkleidung u.ä. von**

	Euro
--	------

**2 Sie /Er hatte in der Zeit vom [ ] bis [ ] (d.h. in den letzten 12 Monaten einschließlich des laufenden Monats) folgendes Bruttoeinkommen:**

Monat/Jahr	Gesamtbetrag	In dem Gesamtbetrag (Spalte 2) sind enthalten				
		Weihnachtsgeld, Jahresprämien	Zusätzliches Urlaubsgeld, zusätzliche Monatsgehälter	Sonstige Zulagen	Steuerfreie Zuschüsse und Entschädigungen	Sonstige steuerfreie Zulagen/ Bezüge
	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR
1	2	3	4	5	6	7
<b>Insgesamt</b>						

**3 Falls in dem angegebenen Zeitraum Leistungen nach den Spalten 3 bis 5 nicht gezahlt wurden, geben Sie bitte nachstehend die  voraussichtlichen Jahresbeträge in den nächsten 12 Monaten an.**

	Weihnachtsgeld (auch in der Elternzeit zu zahlendes), Jahresprämien	EUR
	Zusätzliches Urlaubsgeld (auch in der Elternzeit zu zahlendes), Monatsgehälter	EUR
	Sonstige Zulagen, Sachbezüge	EUR

<b>4 Die Arbeitnehmerin hat in der Zeit vom [ ] bis [ ] einen Arbeitgeberzuschuss zum Mutterschaftsgeld erhalten</b>		
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	In welcher Höhe EUR	
<b>5 Wird sich das Einkommen der Arbeitnehmerin/des Arbeitnehmers in den nächsten 12 Monaten verringern oder erhöhen?</b>		
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Ab wann und in welcher Höhe monatlich? (Datum, EUR)	
	Grund der Veränderung	
<b>6 Das Ausbildungsverhältnis des Auszubildenden hat begonnen am [ ] und endet am [ ]</b>		
Die Vergütung des Auszubildenden beträgt im		
1. Ausbildungsjahr	EUR	3. Ausbildungsjahr EUR
2. Ausbildungsjahr	EUR	4. Ausbildungsjahr EUR
Zu erwartendes Weihnachtsgeld		EUR
Zu erwartendes Urlaubsgeld		EUR
<b>7 Die Arbeitnehmerin/der Arbeitnehmer ist krankenversichert bei</b>		
Krankenkasse		
<b>8 Sie/Er war nach dem Zeitraum der Lohnfortzahlung noch arbeitsunfähig krank</b>		
in der Zeit vom – bis	Tage	
Ist der dafür gezahlte Lohnausgleich (Arbeitgeberzuschuss zum Krankengeld) im Bruttoeinkommen enthalten?		
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	In welcher Höhe EUR	
<b>9 Steuer- und Versicherungsleistungen</b>		
Bei dem in Zeile 2 aufgeführten Einkommen		
- handelt es sich um einen vom Arbeitgeber pauschal besteuerten Arbeitslohn	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
<b>- wurde/wurden einbehalten und abgeführt</b>		
a) die Lohnsteuer	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
b) die Pflichtbeiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung oder Beiträge zu damit vergleichbaren Versicherungseinrichtungen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
c) die Pflichtbeiträge zur gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung oder Beiträge zu damit vergleichbaren Versicherungseinrichtungen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
<b>10 Zeiträume ohne Lohn/Gehaltsbezug (z.B. wg. unbezahlter Urlaub etc.) :</b>		
Ich versichere, dass die v.g. Angaben vollständig und wahr sind. Ich bin mir bewusst, dass falsche Angaben strafrechtlich verfolgt werden können.		
Ort, Datum	<b>Stempel und Unterschrift des/r Arbeitgebers/in</b>	Telefon / Fax/ e-mail Adresse

**Wichtig!****Bei Bezug von Leistungen der Krankenkasse****► Nachweise vorlegen!**

Wenn Sie zurzeit Krankengeld oder Mutterschaftsgeld beziehen oder in den letzten 12 Monaten bezogen haben, lassen Sie bitte die nachfolgende Bestätigung von Ihrer Krankenkasse vervollständigen. Sie können auch einen anderen von der Krankenkasse ausgestellten Nachweis vorlegen, wenn dieser die gleichen Angaben enthält.

**Bescheinigung der Krankenkasse**

Herr/Frau

Versicherte/Versicherter (Name, Vorname)	Anschrift
--	-----------

Geburtsdatum
--------------

ist bzw. war in den letzten 12 Monaten

 arbeitsunfähig krank und erhält bzw. erhielt Krankengeld.

 Empfängerin von folgendem Mutterschaftsgeld.
**► Betragsangaben (brutto) in EURO**

von – bis	Tage	Tagessatz (Beitrag)	bei wöchentlich	Gesamtbetrag
Leistungen in den letzten 12 Monaten insgesamt				Gesamtbetrag

**► Bruttobetrag** (ggf. einschließlich der Pflichtbeiträge zur gesetzlichen Renten- und/oder Arbeitslosenversicherung, die zu Lasten der/des Versicherten zu entrichten sind).

**Von dem Krankengeld/Verletztengeld wurden**
 keine Beträge einbehalten

 folgende Beträge einbehalten (bitte einzeln angeben):

Zeitraum	Euro	Grund

**Bestätigung der Krankenkasse**

Ort, Datum	Stempel und Unterschrift	Telefon/Fax
------------	--------------------------	-------------

